
BACHELORARBEIT

Thomas Reiser

**Kampagnenmanagement für
die Gesundheit: Der Rücken**

2014

Fakultät: Medien

BACHELORARBEIT

Kampagnenmanagement für die Gesundheit: Der Rücken

Autor:
Thomas Reiser

Studiengang:
Gesundheitsmanagement

Seminargruppe:
GM11s1-B

Erstprüfer:
Prof. Dr. Volker J. Kreyher

Zweitprüfer:
Dr. med. Darius Khoschlessan

Einreichung:
Mannheim, den 22. Januar 2014

Faculty of Media

BACHELOR THESIS

Health Campaign Management: The Back

author:
Thomas Reiser

course of studies:
Health Management

seminar group:
GM11s1-B

first examiner:
Prof. Dr. Volker J. Kreyher

second examiner:
Dr. med. Darius Khoschlessan

submission:
Mannheim, 22th January 2014

Bibliografische Angaben

Reiser, Thomas:

Kampagnenmanagement für die Gesundheit: Der Rücken

Health Campaign Management: The Back

63 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,

Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2014

Referat

Diese Bachelorarbeit beschäftigt sich mit der Kommunikationskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“, die am 10. Januar 2013 gestartet ist. Die Thesis geht sowohl auf die Formen der Prävention als auch auf das betriebliche Gesundheitsmanagement ein. Außerdem werden die wesentlichen theoretischen Grundlagen einer Kommunikationskampagne dargestellt. Im Anschluss werden die theoretischen Grundsätze dann bezüglich der Kommunikationskampagne im Gesundheitswesen „Denk an mich. Dein Rücken“ angewendet. Dabei wird vor allem auf das Kampagnenmanagement, das Aufmerksamkeitsmanagement, die strategische Ausrichtung der Kampagne, sowie deren Ziele und Zielgruppen eingegangen.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	V
Abbildungsverzeichnis.....	VII
Tabellenverzeichnis.....	VIII
Abkürzungsverzeichnis	IX
1 Aufgabenstellung, Zielsetzung und Aufbau der Arbeit	1
2 Prävention und Gesundheitsförderung	4
2.1 Klassisches Präventionsverständnis	4
2.2 Gesundheitsförderung im Verständnis der WHO.....	5
3 Betriebs- und arbeitsbezogenes Gesundheitsmanagement.....	7
3.1 Organisation	7
3.2 Gesundheitsförderung und Prävention im Arbeitsbereich.....	9
3.2.1 Setting Betrieb und Arbeit.....	12
3.2.2 Ergonomie und Gesundheitsprävention im Arbeitsbereich	13
4 Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich	15
4.1 Verhaltens- und Verhältnisbezogene Prävention	15
4.1.1 Verhaltensbezogen	15
4.1.2 Verhältnisbezogen.....	16
4.2 Kampagnenmanagement.....	17
4.2.1 Kampagne.....	17
4.2.2 Kampagnenmanagement und Crossmedia	19
4.2.3 Integrierte Kommunikation.....	20
4.2.4 Aufmerksamkeitsmanagement	22
4.3 Strategische Ausrichtung	23
4.3.1 Ziele	23
4.3.2 Zielgruppen	25
4.3.3 Ausrichtung der Werte und ethische Fragestellung	27
5 Rücken – Muskel-Skelett-Erkrankungen.....	29
5.1 Aufbau der Wirbelsäule und Rückenmuskulatur.....	29
5.2 Risikofaktoren	35
5.2.1 Physische Belastungsfaktoren	35
5.2.2 Psychische Belastungsfaktoren.....	35
5.2.3 Individuelle Faktoren	36

5.3	Krankheiten.....	36
5.3.1	Bandscheibenvorfall – Prolapsus nucleii pulposi	36
5.3.2	Hexenschuss – Lumbago	37
5.3.3	Skoliose und Osteoporose – Verformungen und Missbildungen.....	38
6	Kommunikationskampagne am Beispiel „Denk an mich. Dein Rücken“	40
6.1	Verhaltens- und verhältnisbezogene Prävention	40
6.1.1	Verhaltensbezogen	41
6.1.2	Verhältnisbezogen.....	42
6.2	Kampagnenmanagement.....	43
6.2.1	Kampagne.....	43
6.2.2	Kampagnenmanagement und Crossmedia	46
6.2.3	Integrierte Kommunikation.....	47
6.2.4	Aufmerksamkeitsmanagement	48
6.3	Strategische Ausrichtung	56
6.3.1	Ziele	57
6.3.2	Zielgruppen	58
6.3.3	Ausrichtung der Werte und ethische Fragestellung	59
7	Schlussbetrachtung.....	61
7.1	Erfolgsfaktoren.....	61
7.2	Handlungsempfehlung und Zukunftsperspektiven.....	62
	Literatur- und Quellenverzeichnis	64
	Eigenständigkeitserklärung	68

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufbau der Arbeit.....	3
Abbildung 2: Effekte von sozialer Unterstützung	7
Abbildung 3: AU-Tage je 100 Versicherte aufgrund von Rückenbeschwerden	9
Abbildung 4: Akteure von Kommunikationskampagnen	18
Abbildung 5: Bestandteile der Corporate Identity.....	21
Abbildung 6: Selektion und Interpretation bei versch. Kampagnenkanälen.....	22
Abbildung 7: Sinus-Milieumodell 2012 Deutschland	26
Abbildung 8: Verteilung der Häufigkeit degenerativer Gelenkerkrankungen	30
Abbildung 9: Aufbau der Wirbelsäule	31
Abbildung 10: Querschnitt Wirbelkörper und Bandscheibe	32
Abbildung 11: Ansätze der Prävention.....	41
Abbildung 12: (Fehl)haltung im Stehen und Sitzen.....	42
Abbildung 13: Betriebliche Messungen CUELA-Messsystem	43
Abbildung 14: Aufbau der Kampagne	44
Abbildung 15: Träger der Präventionskampagne.....	44
Abbildung 16: Kernbotschaft der Kampagne	47
Abbildung 17: Logo - Denk an mich. Dein Rücken	48
Abbildung 18: www.deinruecken.de Website.....	49
Abbildung 19: "Denk an mich. Dein Rücken" YouTube.....	50
Abbildung 20: "Denk an mich. Dein Rücken" Facebook	50
Abbildung 21: "Denk an mich. Dein Rücken" XING	51
Abbildung 22: "Denk an mich. Dein Rücken" Twitter	52
Abbildung 23: "Denk an mich. Dein Rücken"- Smartphone-App	53
Abbildung 24: Plakate "Denk an mich. Dein Rücken"	54
Abbildung 25: Flyer & Broschüren, HR-Manager, Journalist.....	54
Abbildung 26: Zeichentrickfigur Napo der Kampagne.....	55
Abbildung 27: "give aways" der Kampagne	56
Abbildung 28: Ablauf der klinischen Untersuchung des Betriebsarztes.....	57
Abbildung 29: Erfolgsfaktoren zu erfolgreichen Kommunikationskampagnen	63

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Primärprävention Betrieb	10
Tabelle 2: Betriebliche Gesundheitsförderung	11
Tabelle 3: ILO-Arbeitsmarktstatistik 2013	12
Tabelle 4: Ergonomische Formen von Arbeitsplätzen.....	13
Tabelle 5: Ansatzpunkte zur Optimierung von persönlichen Ressourcen	15
Tabelle 6: Ansatzpunkte zur Optimierung der Arbeitsbelastung.....	16
Tabelle 7: Integrierte Unternehmens- und Markenkommunikation.....	20
Tabelle 8: Ziele: Kognitive Ebene	24
Tabelle 9: Ziele: Affektive Ebene	24
Tabelle 10: Ziele: Verhaltensebene	24
Tabelle 11: Zielgruppen der Kampagne.....	58

Abkürzungsverzeichnis

ARM	autochthone Rückenmuskulatur
CB	Corporate Behaviour
CC	Corporate Communication
CD	Corporate Design
CI	Corporate Identity
CULEA	Computer unterstützte Erfassung und Langzeit-Analyse von Belastungen des Muskel-Skelettsystems
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
ENWHP	European Network for Workplace Health Promotion
IAG	Institut für Arbeit und Gesundheit
IFA	Institut für Arbeitsschutz
NARM	nicht autochthone Rückenmuskulatur
SOC	Kohärenzsinn (engl. Sense of Coherence)
SVLFG	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
UKBG	Unfallkassen
WHO	Weltgesundheitsorganisation (engl. World Health Organization)
WK	Wirbelkörper
WS	Wirbelsäule

1 Aufgabenstellung, Zielsetzung und Aufbau der Arbeit

Geschäftsführer müssen sich auch in Zukunft die Frage stellen, inwieweit sie Geld in ihre Mitarbeiter investieren, um das Problem des „Rückenleidens“ in ihrer Firma anzugehen. Nahezu jeder zehnte Krankheitstag in Deutschland entsteht aufgrund von Rückenbeschwerden oder Muskel-Skelett-Erkrankungen der Mitarbeiter. Daraus folgend müssen rund 26.000 Mitarbeiter in Deutschland ihren Beruf vorzeitig aufgeben. Dies kann auf lange Sicht den Unternehmenserfolg negativ beeinflussen. Besonders häufig sind ältere Mitarbeiter von stärkeren Rückenleiden betroffen, wodurch den Unternehmen wertvolle und erfahrene Fachkräfte verlorengehen. Für die Unternehmer bedeutet dies hohe Kosten aufgrund von Mitarbeiterausfällen auf der einen und gleichzeitig Investitionen in die Ausbildung neuer Nachwuchskräfte auf der anderen Seite [vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) 2013].

Die Präventionskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ unterstützt deutsche Unternehmen in der Umsetzung von gesundheitlichen Maßnahmen im Betrieb. Die Akteure der Kampagne prüfen, an welchen Arbeitsplätzen es besonders oft zu erhöhten Belastungen des Rückens kommt. Hierdurch werden eine frühzeitige Erkennung der Ursachen und deren Bekämpfung ermöglicht. Die Kampagne beschäftigt sich aber nicht nur mit der Verbesserung der Arbeitsbedingungen, sondern auch mit dem gesundheitsförderlichen Verhalten der Mitarbeiter [vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) 2013].

Angesichts dessen gilt es zu prüfen, ob und bis zu welchem Grad die Kampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ die inhaltlichen und methodischen Aspekte einer Kommunikationskampagne aufgegriffen hat. Somit ergibt sich die Fragestellung, wie die wesentlichen Aspekte in der Präventionskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ umgesetzt wurden.

Im Folgenden wird die Vorgehensweise dieser Bachelorarbeit erläutert.

Im Kapitel 2.1 und 2.2 wird zuerst auf den Unterschied des klassischen Präventionsverständnisses und des Präventionsverständnisses im Sinne der Weltgesundheitsorganisation WHO (engl. World Health Organization) eingegangen.

Daraufhin erfolgt in Kapitel 3 die Spezifizierung auf das betriebs- und arbeitsbezogene Gesundheitsmanagement. Es muss festgestellt werden, ob und in welcher Form Prävention im betrieblichen Gesundheitsmanagement der Firmen verankert und umgesetzt werden kann.

Anschließend wird in Kapitel 4 der Aufbau einer Kommunikationskampagne im Gesundheitsbereich strukturiert dargestellt. Hierbei wird zunächst in Kapitel 4.1 der Unterschied zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention deutlich gemacht. Außerdem werden in Kapitel 4.2 die theoretischen Grundlagen des Kampagnenmanagements aufgezeigt. Diese beinhalten die Kampagne selbst, das Kampagnenmanagement in Bezug auf Crossmedia, die integrierte Kommunikation, sowie das Aufmerksamkeitsmanagement. Des Weiteren wird in Kapitel 4.3 die strategische Ausrichtung der Kommunikationskampagne unter Berücksichtigung der Ziele und Zielgruppen aufgezeigt.

Das Kapitel 5 beschäftigt sich mit dem medizinischen Aufbau der Wirbelsäule. Folgend können daraus Risikofaktoren und mögliche Skelettkrankheiten abgeleitet werden.

Im Kapitel 6 wird untersucht, inwieweit die Kommunikationskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ auf die in Kapitel 4 dargelegten theoretischen Grundlagen einer Kommunikationskampagne im Gesundheitsbereich angewendet werden können.

Zuletzt werden im Kapitel 7 die ermittelten Erfolgsfaktoren der Kampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ aufgezeigt. Ebenso sind die Handlungsempfehlungen mit Zukunftsperspektiven enthalten.

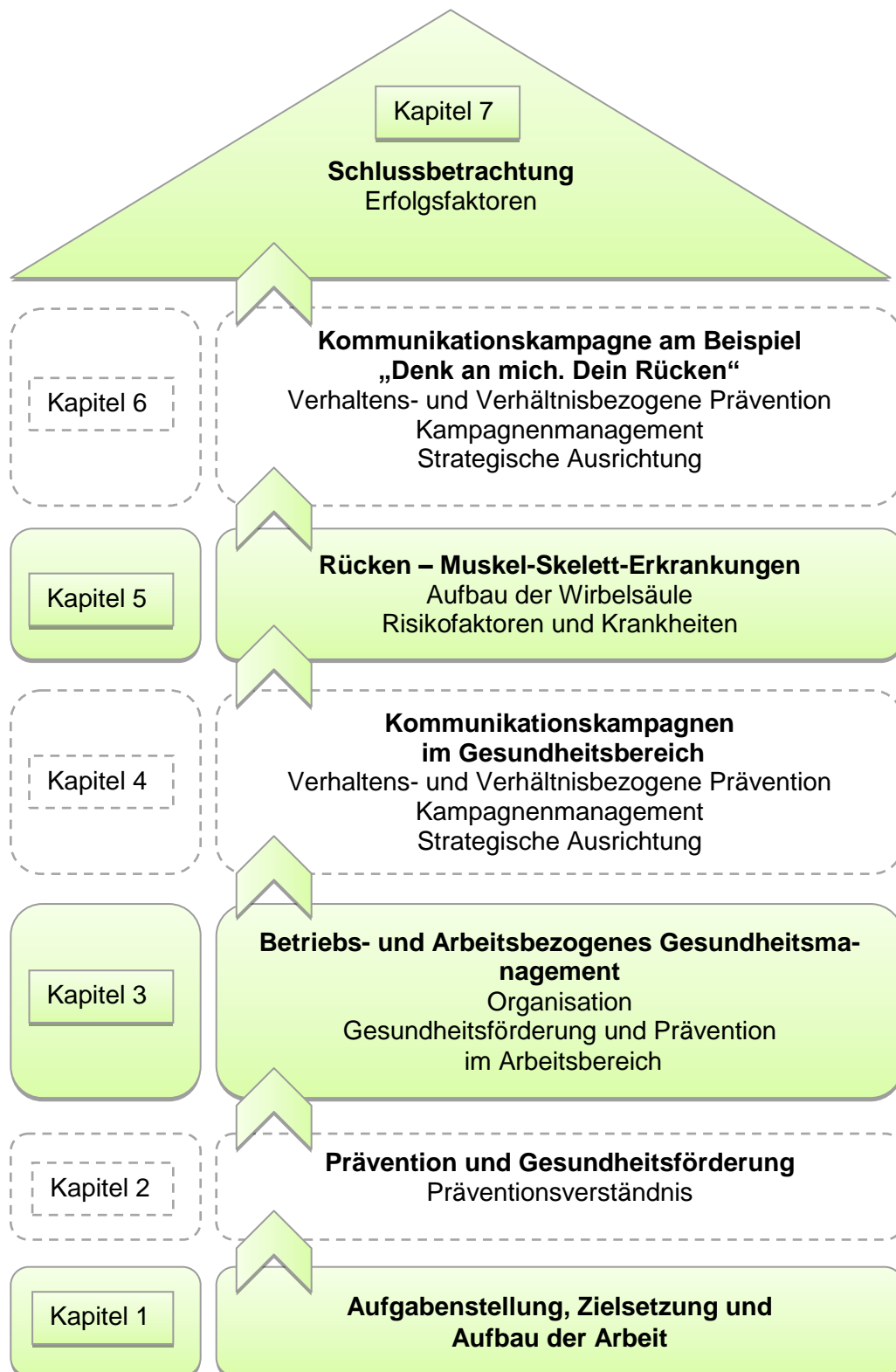


Abbildung 1: Aufbau der Arbeit (Quelle: Eigene Darstellung)

2 Prävention und Gesundheitsförderung

Im Kapitel 2 werden die Begriffe des klassischen Präventionsverständnisses und der Gesundheitsförderung nach Ansicht der WHO erklärt. Entscheidend sind die Auffassung beider Präventionsverständnisse und die Sichtweise auf den Begriff der Gesundheit bzw. Krankheit. Zunächst wird die Definition des klassischen Präventionsverständnisses erläutert.

2.1 Klassisches Präventionsverständnis

Das klassische Präventionsverständnis beinhaltet jede Maßnahme, die eine Beeinträchtigung der Gesundheit (Krankheit oder Verletzung) verhindern, verzögern oder weniger wahrscheinlich werden lassen kann. Hierbei geht es demnach ausschließlich um die Vermeidung von Krankheiten oder Verletzungen [vgl. DocCheck Medical Services 2013]. Das klassische Präventionsverständnis ist auf ein bestimmtes Ziel gerichtet, nämlich die Bewahrung von Gesundheit.

Bei der Prävention unterscheidet man zwischen drei Präventionstypen:

- Primärprävention
- Sekundärprävention
- Tertiärprävention

Als Primärprävention wird die Gesamtheit aller Maßnahmen, die den Erhalt der Gesundheit von einzelnen Individuen oder einer Population zum Ziel haben, bezeichnet [vgl. DocCheck Medical Services 2013]. Außerdem geht es bei der Primärprävention um die Aufklärung über die die Gesundheit beeinträchtigenden Verhaltensweisen oder Risikofaktoren. Dieses Verständnis ist notwendig, um die Entstehung von Krankheiten vermeiden zu können.

Als sekundäre Prävention wird die Gesamtheit aller Maßnahmen, die der Früherkennung und damit der Möglichkeit einer rechtzeitigen Behandlung von Erkrankungen dienen, bezeichnet [vgl. DocCheck Medical Services 2013]. Dazu zählen vor allem das Screening oder die Vorsorgeuntersuchungen, wobei sich bei scheinbar gesunden Individuen symptomlose Erkrankungen aufdecken lassen [vgl. DocCheck Medical Services 2013]. Somit steht das Bekämpfen von bestehenden Risikosituationen und von Folgekrankheiten im Vordergrund.

Als Tertiärprävention wird die Gesamtheit aller Maßnahmen, die der Verhinderung des Fortschreitens oder des Eintritts von Komplikationen bei einer bereits manifesten Erkrankung dienen, bezeichnet [vgl. DocCheck Medical Services 2013]. Von typischen tertiären Präventionen wird bei Rehabilitationsmaßnahmen und Anschlussheilbehandlungen gesprochen. Die Prophylaxe kann dabei zur Vermeidung von neuen Krankheiten oder Verletzungen führen [vgl. DocCheck Medical Services 2013]. Dadurch können Folgeschäden vermieden werden, was zu einer guten Rehabilitation führt.

In Opposition zu den begrifflichen Grundlagen des klassischen Präventionsverständnisses steht das der WHO. Auf dieses wird im Kapitel 2.2 eingegangen.

2.2 Gesundheitsförderung im Verständnis der WHO

Die 1948 gegründete WHO definiert den Begriff „Gesundheit“ wie folgt:

„Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen ist ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung“ [Bundesministerium für Gesundheit 2013].

Diese Definition der Gesundheit ist die Basis für den Gesundheitsförderungsansatz von 1986 der auch heute noch viel zitierten Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung der WHO. Die Ottawa-Charta ruft zum aktiven Handeln für das Ziel von „Gesundheit für alle“ auf [Hildebrandt/Kickbusch 2006, 1-2].

Das Präventionsverständnis der WHO sagt somit aus, dass noch vor der Vermeidung von Krankheiten und Gebrechen die Förderung der Gesundheit jedes einzelnen im Vordergrund steht. Ein einmaliges Erreichen von Gesundheit existiert somit nicht. Daher hat die WHO die Gesundheitserziehung als Erziehungs- und Bildungsmaßnahme definiert, die Menschen bei der aktiven Gesundheitsausübung unterstützt.

Das Modell der Salutogenese (Gesundwerdung) nach Aaron-Antonowsky weist Gemeinsamkeiten mit den WHO-Konzepten zur Gesundheitsförderung auf. Für Aaron-Antonowsky war nicht von Bedeutung, „was Menschen krank macht, sondern was Menschen, obwohl sie ständig Belastungen und Risiken ausgesetzt sind, gesund erhält“. Dieser sogenannte Kohärenzsinn (engl. Sense of coherence; SOC) ist die Basis des salutogenetischen Gedankens.

Er setzt sich aus Verstehbarkeit, Handhabbarkeit sowie Sinnhaftigkeit zusammen und kann durch einen 29-teiligen Fragebogen ermittelt werden. Je höher der SOC ist, desto leichter kann eine Person ihre generalisierten Widerstandsressourcen (generalized resistance resource; GRR) zur Bewältigung verschiedener Stresssituationen nutzen [vgl. Blättner 2007, 67–68].

3 Betriebs- und arbeitsbezogenes Gesundheitsmanagement

3.1 Organisation

Die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) wird in der heutigen Zeit als moderne Unternehmensstrategie angewendet, um den eigenen Mitarbeitern ein besseres Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu ermöglichen [vgl. Spicker/Schopf 2007, 36]. Natürlich dient die BGF aber auch der Verbesserung des Gesundheitszustandes der Mitarbeiter. Gesundheitlichen Risiken wie hohen Belastungen müssen beseitigt werden, damit die Gesundheitspotentiale gestärkt werden.

Verankert ist die BGF im Sozialgesetzbuch V (SGB V) § 20 a. Laut SGB V sind die Krankenkassen aufgefordert, Leistungen in den Betrieben zu unterstützen, damit sich dort die gesundheitliche Situation verbessern kann. Aufgrund dessen müssen Risiken vermieden und Potentiale zur Verbesserung der gesundheitlichen Ressourcen gefördert werden [vgl. Schulz 2012, 432]. Eine gesundheitliche Ressource ist z. B. soziale Unterstützung. Die soziale Unterstützung erweist sich durch den sozialen Rückhalt des Arbeitnehmers, den dieser durch den Arbeitgeber bekommt. Abbildung 2 zeigt die Beeinflussung von sozialer Unterstützung auf die Gesundheit des Mitarbeiters:

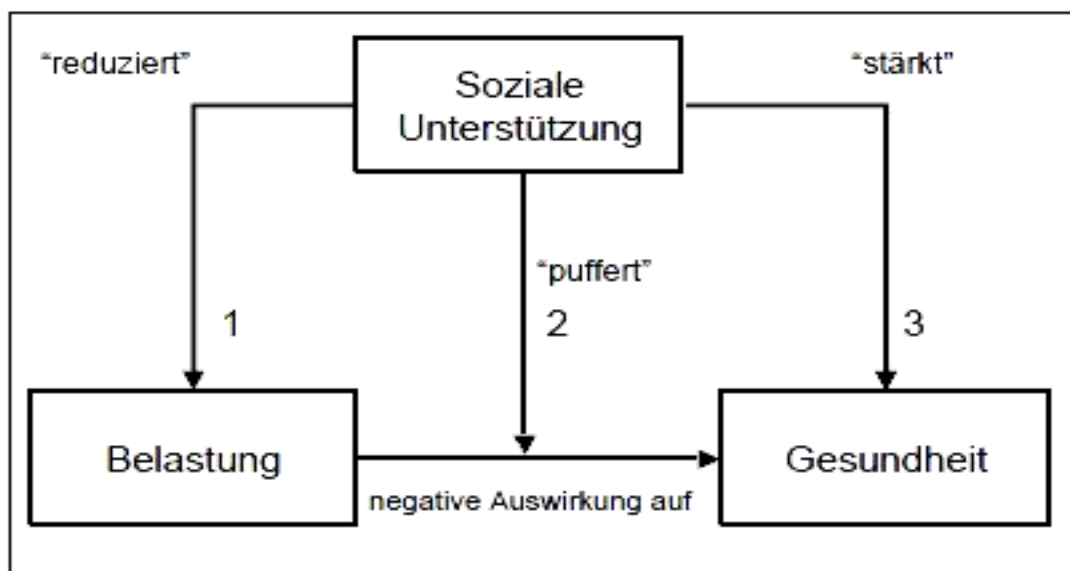


Abbildung 2: Effekte von sozialer Unterstützung auf Belastungen und Gesundheit [vgl. BAuA Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2002, 9]

Die soziale Unterstützung erfolgt also durch das Unternehmen. Denn durch soziale Unterstützungen von Seiten des Arbeitgebers reduzieren sich die Belastungsfaktoren, welche negative Auswirkungen (1) auf die Gesundheit des Mitarbeiters haben. Außerdem wird die Gesundheit durch die soziale Unterstützung der Mitarbeiter

durch den Betrieb gestärkt (3). Die soziale Unterstützung des Unternehmens dient als eine Art „Puffer“(2), der negative Auswirkungen auf die Gesundheit des Arbeitnehmers reduziert.

Wenn die soziale Unterstützung durch den Betrieb zu gering ausfällt, hat dies negative Auswirkungen auf [vgl. Spicker/Schopf 2007, 31]:

- ein erhöhtes Herz-Kreislauf-Krankheitsrisiko
- ein hohes Risiko für Rückenbeschwerden
- Nacken und Schulterbeschwerden
- erhöhte Fehlzeiten und Fluktuation

Aufgrund der genannten Auswirkungen sollten Betriebe eine BGF in ihrem Unternehmen etablieren, um nachhaltig auch konkurrenzfähig zu bleiben. Für eine Integration des BGFs spricht außerdem, dass die Krankenkassen die Betriebe durch jährliche Gesundheitsreporte, durch die Mitarbeiterbefragungen im Unternehmen referiert werden, unterstützen. In dem Report ist unter anderem auch die genaue Analyse der Gründe für die Arbeitsunfähigkeitstage enthalten. Diese systematische Untersuchung spiegelt den Gesundheitszustand der Summe aller Mitarbeiter eines Betriebes wider. Damit kann der Report als Messinstrument des Zielerreichungsgrads des BGFs genutzt werden (Ist-Analyse).

Die folgende Abbildung 3 stellt die Fehltage je 100 Versicherte aufgrund von Rückenleiden nach Bundesländern im Jahr 2012 dar. Es wird deutlich, wie notwendig eine Übernahme des BGFs in den Unternehmen ist. Damit die Belastungsfaktoren für die Mitarbeiter langfristig und nachhaltig reduziert werden können, müssen die Betriebe ein ausgewogenes BGF in ihrer Unternehmenskultur verankern.

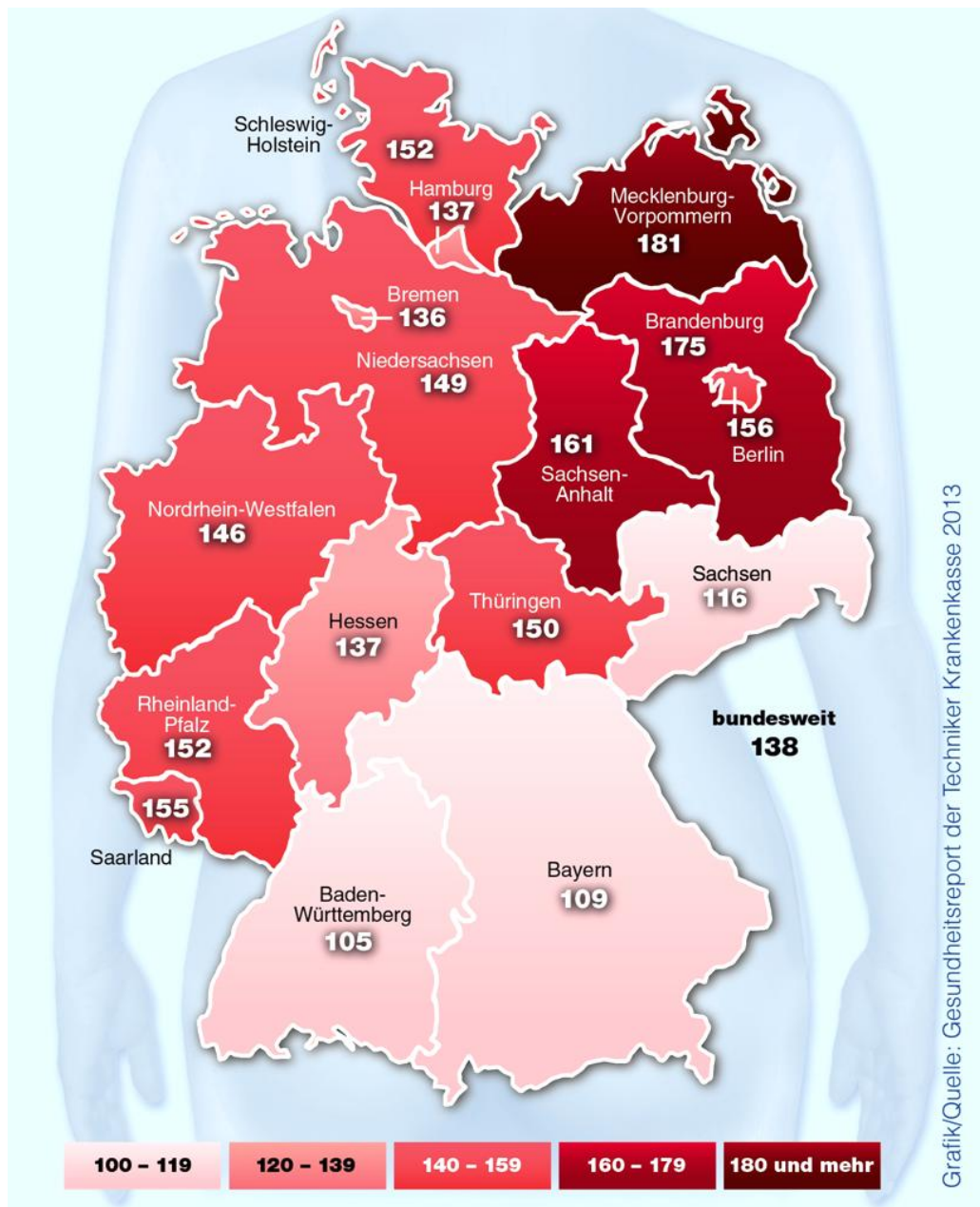


Abbildung 3: AU-Tage je 100 Versicherte aufgrund von Rückenbeschwerden nach Bundesländern 2012 [Techniker Krankenkasse 2013]

3.2 Gesundheitsförderung und Prävention im Arbeitsbereich

Die Erwartungen an Prävention und Gesundheitsförderung im Arbeitsbereich wurden in den letzten Jahren immer anspruchsvoller. Die Primärprävention wird nach § 20 Abs. 1 des SGB V bei Unternehmen in Handlungsfelder und Präventionsprinzipien unterteilt. Das Handlungsfeld beschreibt hierbei die Maßnahme, die durch eine Aktion des Unternehmens durchgeführt und verbessert werden muss.

Die folgende Tabelle 1 zeigt die unterschiedlichen Handlungsfelder und Präventionsprinzipien bei der Primärprävention.

Primärprävention (nach § 20 Abs. 1 SGB V)	
Handlungsfelder	Präventionsprinzipien
Bewegungsgewohnheiten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reduzierung von Bewegungsmangel ▪ Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken
Ernährung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung ▪ Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
Stressreduktion/Entspannung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Förderung von Entspannung und Stressbewältigungskompetenzen
Genuss- und Suchtmittelkonsum	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verantwortlicher gesundheitsgerechter Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln ▪ Förderung des Nichtrauchens

Tabelle 1: Primärprävention Betrieb [vgl. Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen 2008, 15]

Zu den häufigsten Bewegungsmustern in den Unternehmen gehört das Arbeiten im Sitzen und Stehen. Um dem dabei vorhandenen Bewegungsmangel entgegenzuwirken, sollte durch gesundheitssportliche Aktivitäten ein Ausgleich geschaffen werden. Ein möglicher Ansatz ist ein firmeneigener Betriebssport, der zur Vorbeugung von ungeeigneten Bewegungsmustern im Arbeitsalltag führt.

Ein weiteres wichtiges Handlungsfeld ist die Ernährung. Das Unternehmen kann durch eine „Fit-Menü“-Ernährungslinie im eigenen Betriebsrestaurant die Reduktion von Übergewicht und die Verhinderung einer Mangel- bzw. Fehlernährung fördern.

Ein früher oft unterschätzter Aspekt des aufgeführten Handlungsfeldes ist Stress. Stress kann im schlimmsten Fall dazu führen, dass der Mitarbeiter über einen längeren Zeitraum aufgrund von Burnout oder Depressionen ausfällt. Entspannungskurse und Stressbewältigungsseminare ermöglichen ihm, ausgeglichener zu reagieren und Situationen besser einzuschätzen. Der Unternehmer muss seinen Anteil hierbei durch betriebsgerechte Mitarbeiterführung beitragen.

Beim letzten wesentlichen Handlungsfeld handelt es sich um den Konsum von Genuss- und Suchtmitteln. Viele Unternehmen haben in den letzten Jahren das Prinzip „Rauchfrei-im-Betrieb“ unterstützt. Mitarbeiter, die mit dem Rauchen aufhören möch-

ten, sollten vom Unternehmen gefördert werden. Ähnliche Programme wurden auch für die Reduzierung des Alkoholkonsums angeboten. Diese wurden als „Punktnüchternheit“ in den Unternehmen etabliert. „Punktnüchternheit“ bedeutet, dass Alkohol nur in bestimmten Situationen, zu geeigneten Uhrzeiten getrunken wird. Die „Punktnüchternheit“ schließt das Trinken von Alkohol während der Arbeit und im Straßenverkehr aus. Die Person, die Alkohol konsumiert, muss nach ihrem Alkoholkonsum „auf den Punkt“ wieder nüchtern sein, um andere oder sich selbst nicht zu gefährden.

Tabelle 2 stellt die Umsetzung der Primärprävention direkt auf den Betrieb dar.

Betriebliche Gesundheitsförderung (nach § 20 Abs. 2 SGB V)	
Handlungsfelder	Präventionsprinzipien
Arbeitsbedingte körperliche Belastungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparats
Betriebsverpflegung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitsgerechte betriebliche Gemeinschaftsverpflegung
Psychosozialer Stress	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stressmanagement am Arbeitsplatz ▪ Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung
Genuss- und Suchtmittelkonsum	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Punktnüchternheit“ ▪ Rauchfrei im Betrieb

Tabelle 2: Betriebliche Gesundheitsförderung [vgl. Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen 2008, 15]

Es wird ersichtlich, in welchen Bereichen das Unternehmen eingreifen muss, um die Präventionsprinzipien erfolgreich in die Unternehmensstrategie aufnehmen zu können.

3.2.1 Setting Betrieb und Arbeit

Tabelle 3 stellt die Arbeitsmarktstatistik in Deutschland im Jahr 2013 dar.

Erwerbspersonen in Deutschland im August 2013	43,99 Mio.
Erwerbstätige in Deutschland im August 2013	41,82 Mio.
Erwerbslose in Deutschland im August 2013	2,17 Mio.

Tabelle 3: ILO-Arbeitsmarktstatistik 2013 [vgl. Statistisches Bundesamt 2013a]

Im August 2013 gab es laut der International Labour Organisation (ILO) 41,82 Mio. Erwerbstätige und 2,17 Mio. Erwerbslose in Deutschland. Die Erwerbstätigen sind Menschen im Alter von 15 bis 74 Jahren. Erwerbstätige haben ein Arbeitsverhältnis von mindestens einer Stunde pro Woche. Dazu gehören auch Selbständige und Freiberufler sowie unbezahlt mithelfende Familienangehörige. Bei den Erwerbslosen handelt es sich um Menschen, die nicht erwerbstätig sind, jedoch aktiv Arbeit suchen (innerhalb der letzten 4 Wochen) und als sofort verfügbar gelten (binnen 2 Wochen) [vgl. Statistisches Bundesamt 2013].

Durch die relativ hohe Anzahl der Erwerbstätigen in Deutschland wird deutlich, dass Unternehmen und Betriebe hier zu den wichtigsten Interventionsfeldern von Prävention und betrieblicher Gesundheitsförderung gehören. Das positive Handeln durch ein gesundheitlich nachhaltiges Denken führt für Unternehmen zu hoher Akzeptanz bei den Mitarbeitern. Ein durchschnittlicher Erwerbstätiger verbringt rund 40 Stunden pro Woche an seinem Arbeitsplatz. Während dieser Zeit wirken viele verschiedene Belastungsfaktoren auf ihn ein. Um dem entgegenzuwirken, wurde 1996 im Rahmen der Verbesserung der Gesundheitsförderung und Aufklärung das European Network for Workplace Health Promotion ENWHP (Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung) gegründet. Das ENWHP versteht sich als Netzwerk, welches unterschiedliche Institutionen im Bereich Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung umfasst. Es bietet für Groß-, Klein- und mittelständische Unternehmen eine gute Basis für den Informationsaustausch untereinander [vgl. Statistisches Bundesamt 2013].

Die Erwerbstätigen wünschen sich durch ihr Unternehmen besonders in der heutigen Zeit Unterstützung. Für die Unternehmen, welche auf die Bedürfnisse ihrer Mitarbeiter eingehen, bedeutet das auf lange Sicht ein besseres Image und mehr Akzeptanz auf dem Arbeitsmarkt. Dies wiederum macht das Unternehmen nach außen auch für andere Erwerbstätige attraktiver. Im besten Fall wechseln Arbeitnehmer aufgrund der gesundheitlichen Förderung ihren aktuellen Arbeitsplatz.

3.2.2 Ergonomie und Gesundheitsprävention im Arbeitsbereich

Die Ergonomie des Arbeitsplatzes dient dazu, den Mitarbeitern eine menschen- gerechte und arbeitserträgliche Situation im Arbeitsalltag zu schaffen. Als Hilfsmittel dienen medizinisch befürwortete Arbeitsweisen und vereinfachte Arbeitsabläufe. Die Chance auf Reduzierung der Belastung des menschlichen Muskel-Skeletts- Apparats durch Arbeitstools ist leider nicht in allen Berufen gewährleistet. Vor allem in traditionsgebundenen Arbeitsformen des Handwerks sind die Möglichkeiten nicht so groß wie in der Industrie [vgl. Hartmann/Dirk, 197–198]. Besonders die Betriebs- ärzte haben bei der Gestaltung und Einrichtung der Arbeitsplätze wesentlichen Ein- fluss. So muss zuerst geprüft werden, welche Form eines Arbeitsplatzes vorliegt, um diesen dann arbeitsgerecht zu verändern.

Unterschieden wird zwischen vier verschiedenen Formen von Arbeitsplätzen, wel- che in Tabelle 4 aufgezeigt werden:

nichtstationäre Arbeitsplätze	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bau- und Dienstleistungsgewerbe: Beschäftigte müssen selbst befähigt werden, ergonomisch zu arbeiten ▪ Vermittlung von Arbeitshaltung und Verhaltensweisen
stationäre Arbeitsplätze	<ul style="list-style-type: none"> ▪ größte Gestaltungsspielräume da günstig zu kontrollie- ren (Werkstätten u.a.)
Typenarbeitsplätze für Fahrzeug-, und Geräteführer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sind weitgehend durch Hersteller ergonomisch be- stimmt
Büroarbeitsplätze	<ul style="list-style-type: none"> ▪ lassen sich i.d.R. optimal einrichten

Tabelle 4: Ergonomische Formen von Arbeitsplätzen (eigene Darstellung nach Hartmann/Dirk, 197)

Bei nichtstationären Arbeitsplätzen sind gesundheitsrelevante Verbesserungen eher schwer zu realisieren. Dort müssen die Mitarbeiter vor allem auf ihre Arbeitshaltung und ihre Verhaltensweisen aufmerksam gemacht werden.

Bei den stationären Arbeitsplätzen ist die Möglichkeit eines ergonomischen Arbeits- verhaltens gut umsetzbar. Durch die nicht wechselnde Arbeitsumwelt ist das Ar- beitsverhalten besser kontrollierbar. In Werkstätten können Mitarbeiter z. B. durch unterstützende Hilfsgeräte bzw. Hilfsmittel bei der Arbeit entlastet werden. Als Prob- lem erscheint eher die Arbeitsplatzgestaltung der Fahrzeug- und Geräteführer. Bei diesen sind die Ergonomie und die verbauten Materialien abhängig vom Ausstatter und vom Hersteller der Nutzfahrzeuge.

Das Einrichten von Büroarbeitsplätzen lässt sich am einfachsten ermöglichen. Hier werden immer öfter höhenverstellbare Arbeitstische etabliert. Diese ermöglichen den Mitarbeitern zwischen stehenden und sitzenden Arbeitspositionen zu wechseln.

Abschließend kann gesagt werden, dass in der heutigen Unternehmenskultur ein betriebs- und arbeitsbezogenes Gesundheitsmanagement verankert werden muss. Es dient den Unternehmen dazu, nachhaltig durch ihre gesunden Mitarbeiter wettbewerbsfähig zu bleiben. Im folgenden Kapitel 4 wird auf die Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich eingegangen.

4 Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich

Kommunikationskampagnen werden im Gesundheitsbereich immer wichtiger. Jedoch gibt es häufig Probleme bei der Ausrichtung der Kampagne. Dies hat zur Folge, dass die Zielgruppen der Kampagne nicht erreicht werden. Die Auslegung einer Kommunikationskampagne ist somit entscheidend für den Erfolg der Kampagne. In diesem Kapitel wird unter anderem auf den theoretischen Aufbau einer Kommunikationskampagne im Gesundheitsbereich eingegangen.

4.1 Verhaltens- und Verhältnisbezogene Prävention

Unterschieden wird grundsätzlich zwischen zwei Präventionstypen, dem verhaltensbezogenen auf der einen und dem verhältnisbezogenen auf der anderen Seite. Beide Präventionstypen beinhalten Ansätze zur Verbesserung des Gesundheitsbewusstseins. Welcher Definition die beiden Präventionstypen unterliegen, wird im Folgenden erläutert.

4.1.1 Verhaltensbezogen

Die verhaltensbezogene Prävention nimmt Einfluss auf das individuelle Verhalten einer Person und deren Gesundheit. Hier erfolgt durch Aufklärungsarbeit und Information die Stärkung der Persönlichkeit. Außerdem muss jeder Einzelne dazu motiviert werden, gesundheitliche Risiken zu vermeiden und sich auch gesundheitsförderlich zu verhalten. Beispiele für gesundheitsförderliches Verhalten sind ausreichende Bewegung auch im Arbeitsalltag, eine bewusste Ernährung und das Pflegen von sozialen Kontakten. Die verhaltensbezogene Prävention geht also auf das Verhalten eines jeden und auf die Umsetzung der gewünschten Veränderungsprozesse ein.

Tabelle 5 zeigt die Optimierung der persönlichen Ressourcen wie Bewegung, Bewältigung von Stress und risikobereites Verhalten:

Verhaltensbezogene Prävention bei der Person:
Optimierung der persönlichen Ressourcen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bewegungsmanagement („aktiv werden“) ▪ Entspannungstechniken, Stressmanagement ▪ Risikoverhalten reduzieren

Tabelle 5: Ansatzpunkte zur Optimierung von persönlichen Ressourcen (eigene Darstellung nach BAuA Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2012)

Diese drei Ressourcen sind häufig miteinander verknüpft. So ist z. B. der Abbau von Risikoverhalten in Bezug auf Herz-Kreislauferkrankungen ohne das Bewegungsmangement nicht möglich. Regelmäßige Bewegung stärkt das Herz-Kreislauf-System und verringert damit das Risiko eines Herzinfarkts.

4.1.2 Verhältnisbezogen

Die verhältnisbezogene Prävention wird auch als strukturelle Prävention bezeichnet. Sie nimmt Einfluss auf Krankheit oder Gesundheit durch Veränderung der Lebensbedingungen im Alltag. Im Vergleich zu der verhaltensbezogenen Prävention betrifft die verhältnisbezogene Prävention somit das „äußere Umfeld“, durch das oft eine Veränderung des Gesundheitszustandes erfolgt. Beispiele einer verhältnisbezogenen Prävention sind somit Umweltbedingungen, die Arbeit und das soziale Umfeld wie Familie und Freizeit. Um die Lebensbedingungen so einfach und risikoarm wie möglich zu gestalten, werden z. B. gesundheitsförderliche Arbeitsplätze eingeführt, oder das Rauchverbot in Gaststätten durchgesetzt.

In Tabelle 6 werden die Ansatzpunkte zur Optimierung der Arbeitsbelastung aufgezeigt:

Verhältnisbezogene Prävention z. B. im Unternehmen:
Optimierung der Arbeitsbelastung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestaltung der Arbeitsorganisation ▪ Flexible Arbeitszeit ▪ Verbesserung: Arbeitsplatz, Arbeitsmittel, Arbeitsumgebung

Tabelle 6: Ansatzpunkte zur Optimierung der Arbeitsbelastung (eigene Darstellung nach BAuA Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2012)

Es wird deutlich, dass der Arbeitgeber Möglichkeiten zur Optimierung der Arbeitsbelastung im Arbeitsalltag hat. Dies ist besonders durch die Verbesserung des Arbeitsplatzes im Büro z. B. durch höhenverstellbare Tische möglich, die eine Abwechslung zwischen Stehen und Sitzen erlauben. Aber auch durch flexible Arbeitszeiten, z. B. Gleitzeitregelungen, die es den Mitarbeitern ermöglichen privates und geschäftliches miteinander zu vereinbaren, sind ein geeignetes Instrument zur Verringerung der Arbeitsbelastung.

4.2 Kampagnenmanagement

Das Kampagnenmanagement erfolgt meist durch eine externe Organisation, die auch als Auftraggeber definiert ist und in der Öffentlichkeit als Absender auftritt. Die Organisation erfüllt mehrere Aufgabenbereiche der operativen Koordination, aber auch die Eigeninitiative bei der Umsetzung, der Kreation und der Evaluation wird gefordert. Laut Heinz Bonfadelli und Thomas N. Friemel sollte beim Kampagnenmanagement in jedem Fall zuerst mit der Vergabe von Forschungsaufträgen begonnen werden [vgl. Bonfadelli/Friemel 2010, 47]. Ein häufiges Problem beim Kampagnenmanagement ist die unzureichende Analyse der Ausgangssituation sowie die eingeschränkte Weitergabe von Erkenntnissen. Dies führt bei der Evaluation, die meist durch externe Unternehmen durchgeführt wird, zu Lücken und Fehlern.

4.2.1 Kampagne

Seit Beginn des 20. Jahrhunderts wird in vielen westlichen Industrieländern Aufklärungsarbeit im Gesundheitsbereich durchgeführt. Zentrale Akteure von Kampagnen sind vor allem Politik, Wirtschaft, Kirche, Zivilgesellschaft, Wissenschaft und Medien. Die Akteure vertreten unterschiedliche Interessen und haben Einflussmöglichkeiten auf die Zielgruppe der Kampagne [vgl. Bonfadelli/Friemel 2010, 35].

Es gibt aber auch Non-Profit-Organisationen (NPO) und Non-Governmental-Organisationen (NGO), die sich von gewinnorientierten privaten Akteuren abgrenzen. Die wohl bekannteste NGO ist Greenpeace. Greenpeace gehört zu den zivilgesellschaftlichen Akteuren und führt oft „bottom up Kampagnen“ („Kampagnen von unten“), für direkt Betroffene, durch. Im Gegensatz dazu gibt es auch die „top down Kampagnen“ („Kampagnen von oben“), welche als staatliche Kampagnen definiert sind. Akteuren von „bottom up Kampagnen“ gelingt es häufig, mit nur geringen Mitteln eine hohe Aufmerksamkeit zu erreichen.

Abbildung 4 zeigt die zentralen Akteure einer Kampagne.

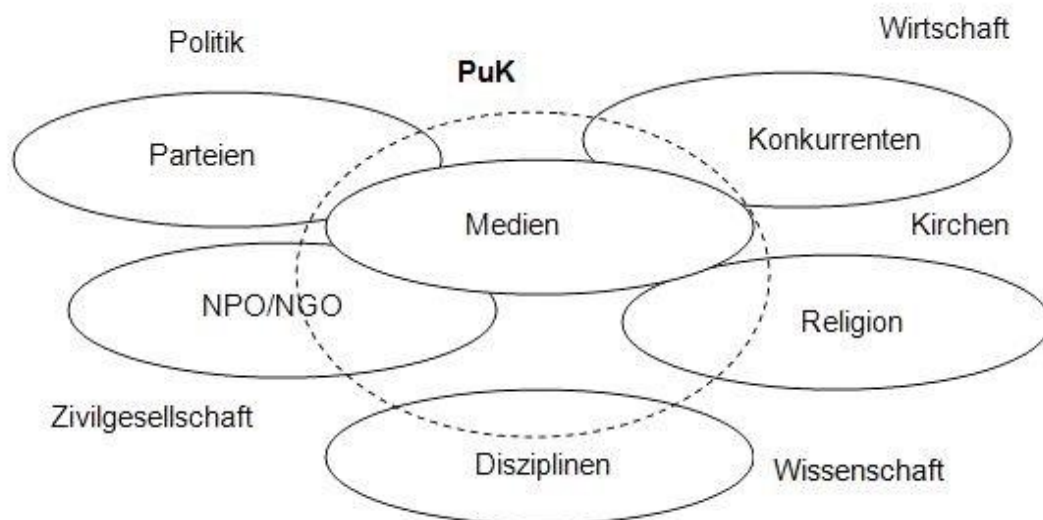


Abbildung 4: Akteure von Kommunikationskampagnen (vereinfachte Darstellung nach Bonfadelli/Friemel 2010, 38)

Die Präsenz der zentralen Akteure in den Medien wird durch die gestrichelte Linie des „Medienkreises“ der Publizistik- und Kommunikationswissenschaft (PuK) dargestellt. Daran ist zu erkennen, wie hoch die Einflussnahme der jeweiligen Akteure auf die Medien ist. So haben die bereits erwähnten NPOs und NGOs einen hohen Einfluss auf die Medien.

Jede Kampagne wird in fünf Aktivitäts- und Kompetenzbereiche eingeteilt, die in kommender Reihenfolge durchgeführt werden:

- 1) Finanzierung, Controlling, Strategie
- 2) Forschung
- 3) Kampagnenmanagement
- 4) Kreation
- 5) Evaluation

Die Finanzierung und das Controlling sind genau wie die Forschung nötige Instrumente, um langfristige Strategien von Forschungsprojekten analysieren zu können [vgl. Bonfadelli/Friemel 2010, 46–47]. Damit eine umfassende Vorarbeit gewährleistet werden kann, gilt es demnach diese Bereiche gründlich zu untersuchen, um den Verlauf der Kampagne bestmöglich planen zu können.

Außerdem gibt es beim Kampagnenmanagement eine Organisation, welche sich nach außen als Verantwortliche der Kampagne präsentiert. Die Organisation ist verantwortlich für eine genaue Prüfung und detaillierte Analyse der Problemsituation. Des Weiteren muss die Weitergabe von Erkenntnissen, welche besonders für die Kreation und Evaluation von Wichtigkeit sind, gewährleistet werden [vgl. Bonfadelli/Friemel 2010, 47].

Bei einer Evaluation sollte eine externe Organisation mit einbezogen werden, da hierdurch in der Regel eine möglichst objektive Sichtweise gewährleistet wird.

Eine gründliche und gewissenhafte Arbeitsweise in den oben genannten Kompetenzbereichen des Kampagnenmanagements ist für den Erfolg einer Kampagne somit unabdingbar.

4.2.2 Kampagnenmanagement und Crossmedia

Ein wichtiger Bestandteil des Kampagnenmanagements ist Crossmedia. Laut Marco Netz kann Crossmedia wie folgt definiert werden: „Crossmedia bezeichnet die vernetzte Kommunikation über mehrere Medien“ [Netz 2006, 13]. Crossmedia ist nicht nur eine Aneinanderreihung von verschiedenen Medien, sondern vielmehr ein Mix verschiedener Medien, die sich gegenseitig unterstützen und ergänzen.

Dennoch gibt es bei Crossmedia Kriterien, die immer erfüllt sein müssen. Hierbei wird von einer notwendigen, sowie hinreichenden Bedingung ausgegangen. Notwendige Bedingungen sind die Voraussetzung für einen konkreten Sachverhalt. Dazu gehören eine durchgängige Leitidee, eine zeitliche, inhaltliche und formale Integration, sowie eine gewerbliche Vernetzung [vgl. Mahrdrdt 2009, 14]. Bei den hinreichenden Bedingungen handelt es sich um Sachverhalte, die keine nötigen Voraussetzungen beinhalten.

Auf die integrierte Kommunikation, die eine notwendige Bedingung darstellt, wird im folgenden Kapitel 4.2.3 eingegangen.

4.2.3 Integrierte Kommunikation

Grundsätzlich muss zwischen der inhaltlichen, der formalen sowie der zeitlichen Integration unterschieden werden.

Die folgende Tabelle 7 stellt die erklärten Formen der integrierten Kommunikation grafisch dar.

Formen der Integration	Gegenstand	Hilfsmittel
Inhaltlich	Thematische Abstimmung	einheitliche Botschaft, durchgängige Leitlinie, Slogans , Claims...
Formal	Einhaltung formaler Gestaltungsprinzipien	einheitliche Zeichen/Logos Schrifttypen, Farben, Formen
Zeitlich	Bestimmung des zeitlichen Einsatzes	„Timing“, Spannungsbögen, Dramaturgie

Tabelle 7: Integrierte Unternehmens- und Markenkommunikation. Strategische Planung und operative Umsetzung [vgl. Bruhn 2003, 69]

Die inhaltliche Integration stellt den Schwerpunkt der integrierten Kommunikation dar. Besonders durch die einheitlichen Slogans, Kernbotschaften und oder Key Frames wird die thematische Kommunikation bestmöglich verknüpft. Dabei soll über alle Medienkanäle hinweg die inhaltliche Botschaft in die gleiche Richtung zielen und gleiche Eindrücke vermitteln. Dies wird laut Niklas Mahrtdt auch als durchgängige Leitidee bezeichnet, welche in eine Kernbotschaft umgewandelt werden soll [vgl. Mahrtdt 2009, 20].

Das Ziel der formalen Kommunikation hingegen ist es, einen einheitlichen Wiedererkennungswert zu schaffen. Dies geschieht meist durch Logos aber auch formale Richtlinien, wie z. B. die einheitliche Schriftgröße und -farbe sowie den einheitlichen Schrifttyp [vgl. Götte 2007, 160].

Die zeitliche Integration regelt den zeitlichen Ablauf einer Kampagne und sorgt dafür, dass die kurz- bis mittelfristigen Ziele der Kampagne eingehalten werden [vgl. Netz 2006, 13–14].

Eine perfekte Abstimmung dieser drei Integrationsmittel, bildet eine gute Verzahnung der integrierten Kommunikation.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der integrierten Kommunikation ist die Corporate Identity (CI). Sie bezeichnet die strategisch geplante und operativ umgesetzte Identität, mit der die Kampagne nach innen und nach außen wahrgenommen wird (Soll-Image) [vgl. Netz 2006, 14]. Bestandteile der CI sind: Corporate Design (CD), Corporate Communication (CC) und Corporate Behaviour (CB) [vgl. Kreutzer 2010, 382].

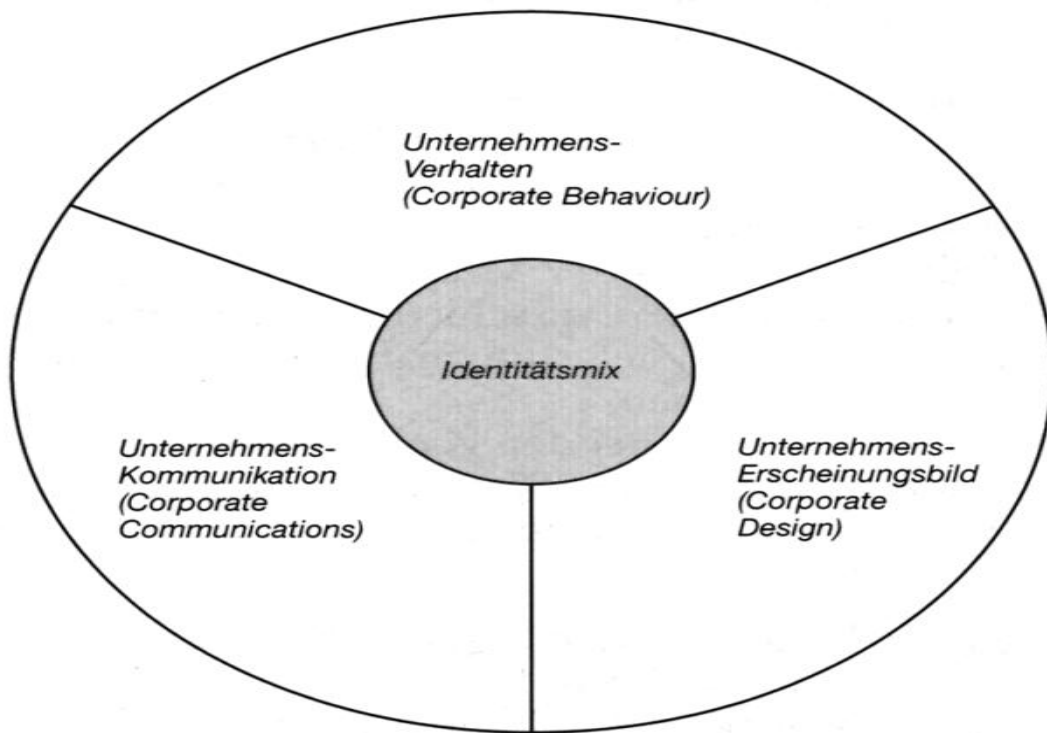


Abbildung 5: Bestandteile der Corporate Identity [www.daswirtschaftslexikon.com 2013]

Für die optische Umsetzung der CI wird das Corporate Design benutzt. Das CD sorgt für ein unverwechselbares und einheitliches Erscheinungsbild. Unter Corporate Communication wird der Einsatz aller integrierten Kommunikationsinstrumente eines Unternehmens verstanden. Besonders bei Kommunikationsmaßnahmen im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit (engl. public relations; PR) verwendet die CC einen umfassenden Kommunikations-Mix [vgl. Kotler 2011, 876].

Das Corporate Behaviour beinhaltet sämtliche konzeptverträglichen Verhaltensweisen des Unternehmens. Nicht nur das visuelle Erscheinungsbild mittels CD, sondern auch das Handeln eines Unternehmens gegenüber den eigenen Mitarbeitern und externen Partnern schafft Identität.

4.2.4 Aufmerksamkeitsmanagement

Die Wahl der Kommunikationskanäle ist entscheidend für den Erfolg einer Kampagne. Eine Kampagnenbotschaft benötigt gute Kommunikationskanäle, damit sie ihre Zielgruppen erreicht. Als Massenmedien können z. B. Plakate, Anzeigen in Printmedien, Spots in TV und Kino, Computerspiele und Internetseiten benutzt werden. Darüber hinaus gibt es die interpersonalen Kanäle wie z. B. Beratungsgespräche oder alltägliche Gespräche unter Freunden und Bekannten sowie Aufdrucke auf T-Shirts oder Aufkleber auf Verkehrsmitteln.

Die Abbildung 6 zeigt die Kanalformen mit deren Selektionen und Interpretationen des Rezipienten (Empfängers):

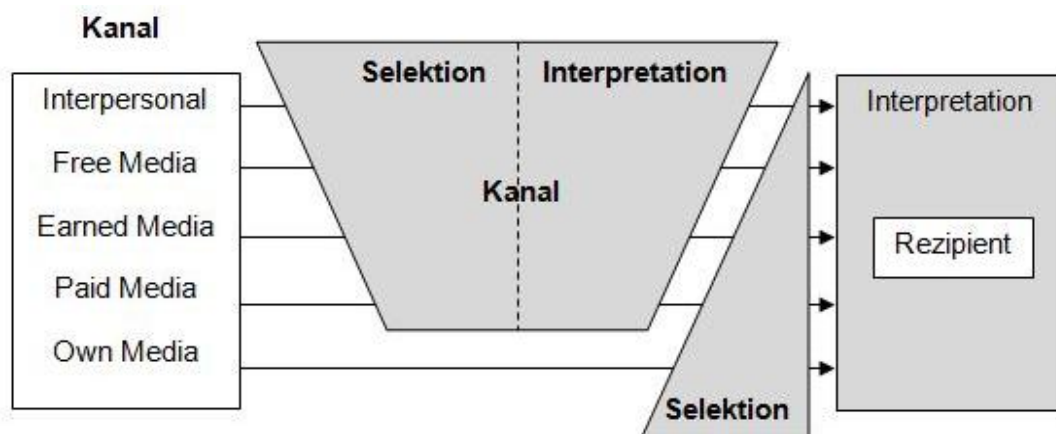


Abbildung 6: Selektion und Interpretation bei versch. Kampagnenkanälen [vgl. Bonfadelli/Friemel 2010, 98]

Generell wird bei den massenmedialen Kanälen zwischen „Free Media“, also „gratis“-Berichterstattung und „Paid Media“, also Medien mit bezahlten Inhalten unterschieden. Beispiele für „Paid Media“ sind TV-Spots, Kino, Radio-Spots, Plakate, Zeitungen und Internetbanner. Die Interpretation der Kampagnenbotschaft ist abhängig vom individuellen Rezipienten und kann somit vom Kommunikator nur indirekt kontrolliert werden [vgl. Bonfadelli/Friemel 2010, 97].

„Earned Media“ ist ein weiterer medialer Kanal, der sich aus „Free Media“ entwickelt hat. „Free Media“ beruht i.d.R. auf journalistischen Beiträgen, die frei von einflussreichen Organisationen entstehen. Häufig können redaktionelle Beiträge jedoch nur durch aufwendig finanzierte Eventveranstaltungen erfolgen. Der Begriff „Free Media“ wird daher oft missbräuchlich verwendet [vgl. Bonfadelli/Friemel 2010, 100]. „Free Media“, die durch Finanzierung stattfinden, werden daher auch als „Earned Media“, also „verdiente Medien“ bezeichnet.

„Own Media“ wird mit „Eigenwerbung“ übersetzt. Beispiel für „Own Media“ sind Direkt-Mailing, Newsletter, Broschüren, Internetseiten oder hochfrequentierte Kontaktorte.

Die meist unterschätzte Kommunikationsform ist die interpersonale Kommunikationsform. Diese besteht überwiegend aus persönlichen Gesprächen [vgl. Hungenberg 2011, 330] z. B. zwischen Ärzten und Patienten. Oftmals ist die interpersonale Kommunikation ein vergessenes Erfolgsrezept für Kampagnen [vgl. Bonfadelli/Friemel 2010, 101–102].

Als moderne Kommunikationsform wird das Web 2.0 verwendet. Das Internet bietet mit seinen sozialen Netzwerken, Foren und Plattformen einen großen Gestaltungsspielraum, um den „User“ zu informieren. Über Clippings oder Banner werden die „User“ auf Internetseiten zusätzlich informiert. Ein Problem hierbei ist, dass die Initiatoren der Kommunikationskampagne meist keine Möglichkeiten haben, die Zugriffshäufigkeit der eigentlichen Zielgruppen zu kontrollieren. Durch soziale Netzwerke, Foren und Plattformen können „User“ anonym interpersonale Kommunikationskanäle nutzen. Apps für Tablets und Smartphones erreichen Benutzer auch unterwegs und informieren z. B. über Neuigkeiten der Kampagne.

4.3 Strategische Ausrichtung

Bei der strategischen Ausrichtung kommt es darauf an, dass der Kommunikator bzw. der „Absender“ der Kampagne diese auf die strategischen Ziele und die gewünschten Zielgruppen ausrichtet. In Kapitel 4.3.1 werden die Ziele einer Kampagne erläutert. Im Anschluss erfolgt in Kapitel 4.3.2 die Segmentierung der Zielgruppen.

4.3.1 Ziele

Das Ziel von Kommunikationskampagnen ist die Veränderung von bisherigem Wissen, der jeweiligen Einstellung oder dem individuellen Verhalten bei der Zielgruppe. Dabei müssen die Ziele einer Kampagne exakt formuliert sein und der Zielsetzung des „Absenders“ der Kampagne entsprechen. Das Ziel der Kampagne muss für den Auftraggeber und die Zielgruppen klar ersichtlich sein. Damit die inhaltliche Botschaft der Kampagne und deren Strategie gewählt werden kann, müssen die Ziele vom Auftraggeber vorab klar und realistisch definiert werden [vgl. Bonfadelli/Friemel 2010, 28]. Dadurch kann die Kampagne nach deren Beendigung evaluiert werden, um einen Erfolg oder Misserfolg feststellen zu können.

Generell gibt es drei verschiedene Zielflächen: die kognitive Ebene, die affektive Ebene und die Verhaltensebene. Die kognitive Ebene wird in der folgenden Tabelle 8 dargestellt:

Kognitive Ebene
a) Problematisieren: nichtsensibilisierte Zielgruppen auf Probleme aufmerksam machen
b) Informieren: Wissen über Ursachen und Zusammenhänge berichten
c) Orientieren: neue Sichtweise des Problems kommunizieren

Tabelle 8: Ziele: Kognitive Ebene (eigene Darstellung nach Bonfadelli/Friemel 2010, 28)

Die kognitive Ebene wird in drei Teile untergliedert. Zunächst steht das a) Problematisieren im Vordergrund. Hierbei ist wichtig, dass nichtsensibilisierte Zielgruppen auf das Risiko aufmerksam gemacht werden. Sobald die Zielgruppe darauf aufmerksam gemacht worden ist, muss eine b) Information über Ursachen und Zusammenhänge vermittelt werden. Im Anschluss daran wird den Betroffenen dann eine c) Neuorientierung und eine andere Sichtweise auf die Problematik ermöglicht. Bei dieser Ebene werden z. B. Fachzeitschriften oder kostenlose Infobroschüren benutzt.

Die Tabelle 9 stellt die Affektive Ebene dar:

Affektive Ebene
a) Sensibilisieren: Akzeptanz für Handlungsmöglichkeiten schaffen
b) Motivieren: Zur Ausführung motivieren

Tabelle 9: Ziele: Affektive Ebene (eigene Darstellung nach Bonfadelli/Friemel 2010, 29)

Hier ist es nötig, die Betroffenen a) so zu sensibilisieren, dass diese eine Änderung ihrer Situation akzeptieren. Der Gefühlsaufbau ist entscheidend. Dafür wird ein Prominenter häufig z. B. als Testimonial eingesetzt. Sodann steigt b) die Motivation der Betroffenen. Diesen Vorteil sollten Initiatoren zur weiteren Ausführung nutzen.

Die dritte Ebene wird als Verhaltensebene bezeichnet. Sie wird in Tabelle 10 aufgezeigt:

Verhaltensebene
a) Kanalisieren: bestehende Verhaltensweisen in bestimmte Richtung lenken
b) Aktivieren: Ausführen von „neuen“ Verhaltensweisen

Tabelle 10: Ziele: Verhaltensebene (eigene Darstellung nach Bonfadelli/Friemel 2010, 29)

An dieser Stelle müssen die bestehenden Verhaltensweisen der Betroffenen a) in die gewünschten Richtungen kanalisiert und b) anschließend in die „neuen“ Verhaltensweisen aktiv umgesetzt werden.

4.3.2 Zielgruppen

Kommunikationskampagnen müssen an spezifische Zielgruppen gerichtet sein. Die Zielgruppen oder auch Bezugsgruppen spiegeln die Interessengruppen wider. Zielgruppen sind diejenigen, die direkt oder indirekt von der Kampagne betroffen sind. Hinzu kommen die Anspruchsgruppen, welche auf Englisch als „Stakeholder“ bezeichnet werden. Es gibt interne Anspruchsgruppen wie die eigenen Mitarbeiter, aber auch externe Anspruchsgruppen. Eine besondere Anspruchsgruppe sind NGOs und NPOs, da diese die Kernbotschaft kritisch hinterfragen.

Je spezifischer eine Kernbotschaft formuliert ist, desto besser lassen sich die erwarteten Reaktionen der Zielgruppen im Voraus mitberücksichtigen. Die Zielgruppen lassen sich in vier Merkmal-Bereiche unterteilen [vgl. Bonfadelli/Friemel 2010, 27]:

- Soziodemografie
- Lebensstile
- Mediennutzung
- Problembezug

Bei der Soziodemografie wird die Zielgruppe sowohl aufgrund ihres Alters, Geschlechts als auch ihres Bildungsstands festgelegt. Ein Problem hierbei ist, dass ein echter Bezug zur Kampagne nicht oder nur indirekt gewährleistet werden kann. Die Trennschärfe zwischen den Zielgruppen ist bei der Soziodemografie nicht gegeben. Deshalb werden die Lebensstile der Zielgruppen in die Kernbotschaft mit einbezogen.

Das Institut für Markt- und Sozialforschung (SINUS) kreiert Sinus-Milieus. Diese sind nach Personen und deren sozialen Lage und Grundorientierung innerhalb eines Portfolios aufgeführt. Die Bereiche in einem Portfolio lassen sich in verschiedene Waben einteilen, aus denen dann die einzelnen Zielgruppen ermittelt werden können.

Die Sinus-Milieus für Deutschland im Jahr 2012 sind in Abbildung 7 dargestellt.

Das Sinus-Milieumodell 2012

Soziale Lage und Grundorientierung

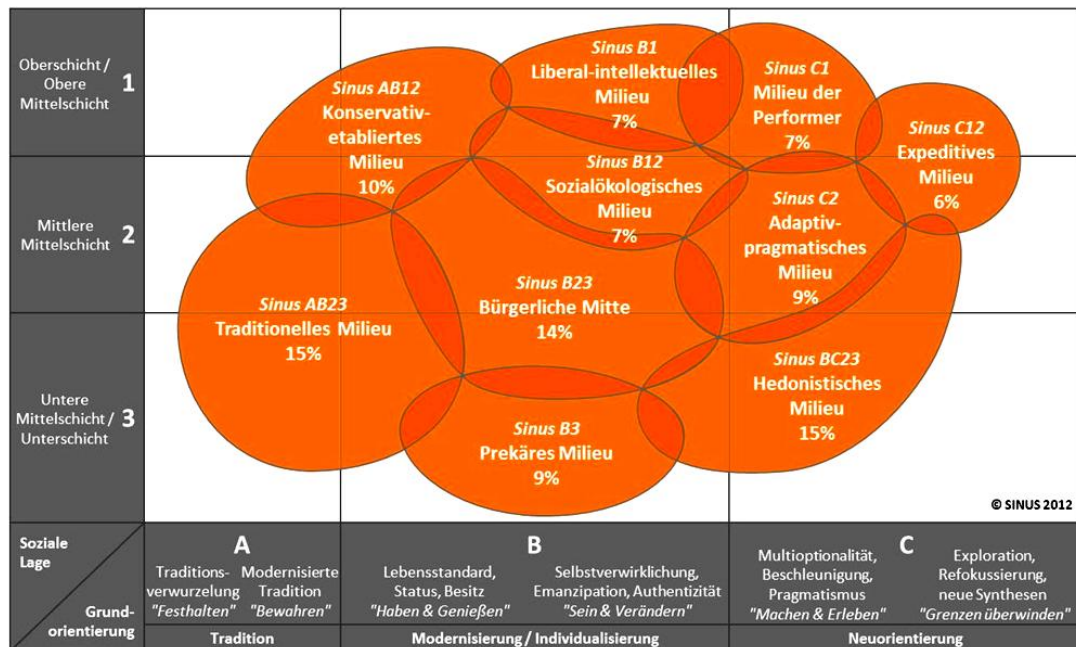


Abbildung 7: Sinus-Milieumodell 2012 Deutschland [Gero Hesse 2013]

Die Mediennutzung der Stakeholder wird auf der Basis von Gruppen mit spezifischen Mustern getroffen. Diese Basis gilt für die Auswahl der Zielgruppen und der Kanäle.

Es lassen sich sechs Unterkategorien der betroffenen Zielgruppen unterscheiden [vgl. Bonfadelli/Friemel 2010, 27]:

- 1) *Indirekt betroffene Personen*, die selbst nicht betroffen sind, aber als Bezugspersonen fungieren.
- 2) *Potentiell betroffene Personen*, die direkt betroffen sind („At-Risk“).
- 3) *Personen ohne Handlungsinteresse* (Desinteresse).
- 4) *Sensibilisierte Personen* ohne Handlungsintensität.
- 5) *Unmittelbar veränderungswillige Personen*, die kurz vor einer Intention stehen
- 6) *Personen*, die ihr Problem bereits erfolgreich überwunden haben, jedoch in ihrem Verhalten noch bestärkt werden müssen [vgl. Bonfadelli/Friemel 2010, 28]

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass unklare Definitionen der Zielgruppen ein Problem für die Kampagnenbotschaft sind. Bei der Prüfung der Zielgruppen muss berücksichtigt werden, dass diese nicht nur über die soziodemografische Ebene definiert sind. Eine gründliche Vorarbeit und planmäßige Miteinbeziehung der vier Zielgruppenbereiche trägt wesentlich zum Erfolg einer Kommunikationskampagne bei.

4.3.3 Ausrichtung der Werte und ethische Fragestellung

Damit eine Kampagne ihre Funktion der Aufklärung und der Vermittlung einer leicht verständlichen Botschaft erfüllen kann, muss sie einige ethische Grundlagen beachten. Die Kampagne muss das Vertrauen der Angesprochenen wecken, diese mobilisieren und aktiv werden lassen. Dabei ist für die Kampagnenakteure vor allem der moralische Aspekt von hoher Bedeutung [vgl. Robert Dürhager 2013]. Der Akteur muss sich bewusst sein, dass sich sein Verhalten jederzeit positiv oder negativ auf die Kampagne auswirken kann. Es ergeben sich folgende Fragestellungen:

- Werden die geforderten Werte der Kampagne im Alltag vorgelebt?
- Wurde sichergestellt, dass die Kampagne das Vertrauen der Betroffenen nicht missbraucht?

Des Weiteren muss die Kampagne gewährleisten, dass die Würde des Menschen unantastbar ist [vgl. Robert Dürhager 2013]. Die Menschenwürde darf in der Kommunikation weder durch Bild noch Text noch Kampagnenbotschaft missachtet werden. Dabei muss sich der Akteur folgende Fragen stellen:

- Wurde vermieden, dass bestimmte Personen als minderwertig behandelt werden?
- Wurde geprüft, dass die Kampagne keinen unangemessenen Druck auf die Kampagnengegner ausübt?

Die Kampagnenakteure müssen darauf achten, dass sauber gearbeitet wird und die Ehrlichkeit hinter der Kampagne nicht in Vergessenheit gerät. Dies muss vor allem dadurch gewährleistet werden, dass die Kampagnenakteure die fehlende Erfahrung oder die Unwissenheit der Zielgruppen nicht zu ihren Gunsten nutzen [vgl. Robert Dürhager 2013]. Eine Manipulation der Zielgruppen muss jederzeit durch die Kampagnenakteure verhindert werden. Außerdem müssen sie sich fragen:

- Wurde die Zielgruppe für die Komplexität der Situation sensibilisiert?

Die Transparenz hilft den Zielgruppen die Hintergründe und Effektivität zu überprüfen. Außerdem zählt die Transparenz zu den wichtigsten vertrauensbildenden Maßnahmen einer Kampagne [vgl. Robert Dürhager 2013]. Dazu gehört die Beantwortung der Frage:

- Werden Hintergrundinformationen angeboten?

Bei der Partizipation hoffen die Kampagnenakteure auf die Eigeninitiative der Betroffenen. Dabei soll gewährleistet werden, dass die Informationen der Kampagne in inhaltlicher, sprachlicher, gestalterischer und kultureller Hinsicht auf die Bedürfnisse der Zielgruppen abgestimmt sind [vgl. Loss/Nagel 2009, 506]. Die relevanten Fragen lauten:

- Wird es Betroffenen möglich gemacht, mit eigenen Mitteln und Ideen aktiv zu werden?
- Findet ein „Empowerment“ statt?

Die Wirkung einer Kampagne kann durch Evaluation gemessen werden. Für die nachfolgenden Kampagnen sind die Ergebnisse der Evaluation von großer Relevanz [vgl. Robert Dürhager 2013]. Die hierbei wichtigsten Fragen sind:

- Wurde die Kampagne auf ihre Wirkung gemessen?
- Wird die Kampagne evaluiert und wird aus den Fehlern gelernt?

Es müssen also sowohl positive Erscheinungen als auch vermeidbare Fehler dokumentiert werden, damit für die zukünftigen Kampagnen eine optimale Kampagnenarbeit umgesetzt werden kann.

5 Rücken – Muskel-Skelett-Erkrankungen

Degenerative Erkrankungen sind chronische Erkrankungen, die nicht rückgängig zu machen sind. Sie werden auch als Verschleiß- bzw. Abnutzungserscheinungen bezeichnet und haben ihren Ursprung in mehr als der Hälfte aller Fälle an der Wirbelsäule (WS).

Im Schnitt haben 70 % der Bevölkerung bis zu ihrem 50. Lebensjahr episodenhafte oder andauernde Rückenbeschwerden. Die verschiedenen Stadien haben hier eine Spannweite von „normalen Verspannungen“ über dauerhaft anhaltenden Schmerz im Lendenwirbelsäulenbereich bis hin zu neurologischen Ausfallerscheinungen [vgl. Aumüller 2010, 208].

5.1 Aufbau der Wirbelsäule und Rückenmuskulatur

Die WS bildet das Achsenskelett, welches durch die Extremitäten von Armen und Beinen sowie die Rippen verbunden ist. Das Gewicht der oberen Extremitäten, des Kopfs und des Hauptteils des Rumpfes, wird auf den Beckengürtel und die Beine übertragen. Somit hat eine regulär funktionierende WS eine dämpfende Funktion, die axiale Stöße verringert und durch ihre Struktur der Wirbel eine hohe Beweglichkeit gewährleistet. Die folgende Abbildung 8 stellt an einem Skelett die Verteilung der Häufigkeit von degenerativen Gelenkerkrankungen dar [vgl. Aumüller 2010, 208].

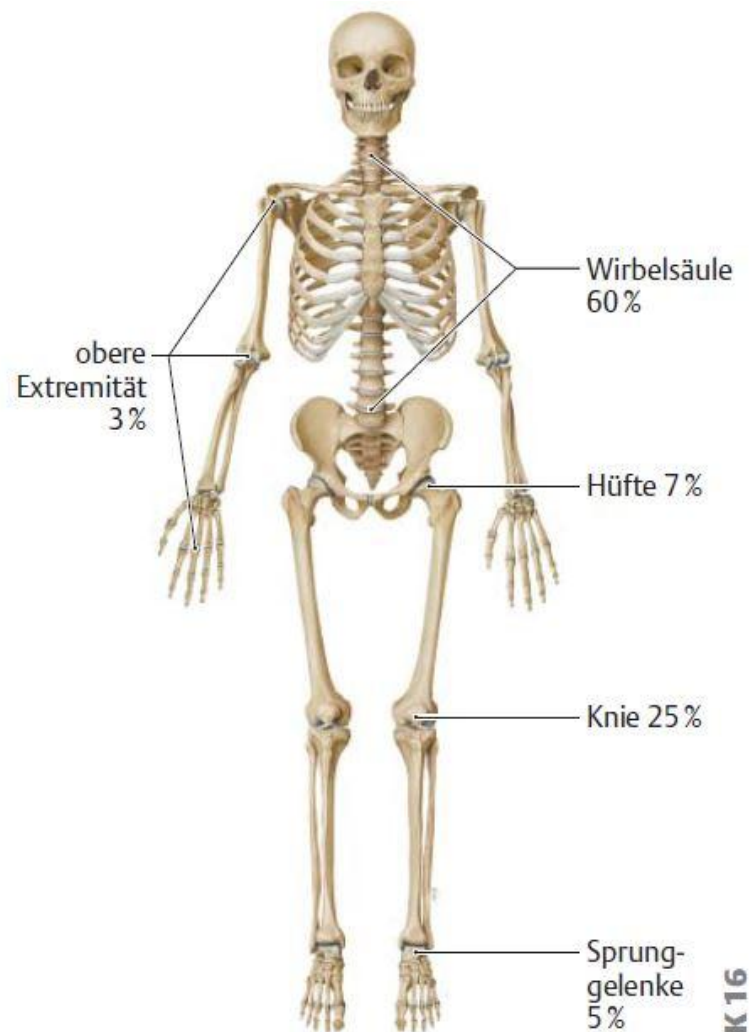


Abbildung 8: Verteilung der Häufigkeit degenerativer Gelenkerkrankungen [Aumüller 2010, 208]

Die Halswirbelsäule hat eine Biegung nach vorne und die Brustwirbelsäule eine nach hinten. Aufgrund dessen entsteht der Eindruck einer „S-Form“. Der Bereich der Lendenwirbelsäule ist wiederum nach vorne gebogen und das verknöcherte Kreuz- und Steißbein nach hinten. Dabei wird von einer Lordose (ventrale Krümmung = nach vorne) und einer Kyphose (dorsal konvexe Krümmung = nach hinten) gesprochen. Durch die Krümmungen nach vorne und hinten wird die WS auch als „Doppel-S-förmig“ bezeichnet. Diese Form bietet eine deutlich bessere Federungsfunktion als beispielsweise eine ungekrümmte WS.

In der kommenden Abbildung 9 ist der detaillierte Aufbau der WS von vorne (ventral(a)), von hinten (dorsal(b)), sowie von der linken Seite (lateral(c)) dargestellt [vgl. Aumüller 2010, 209–210]:

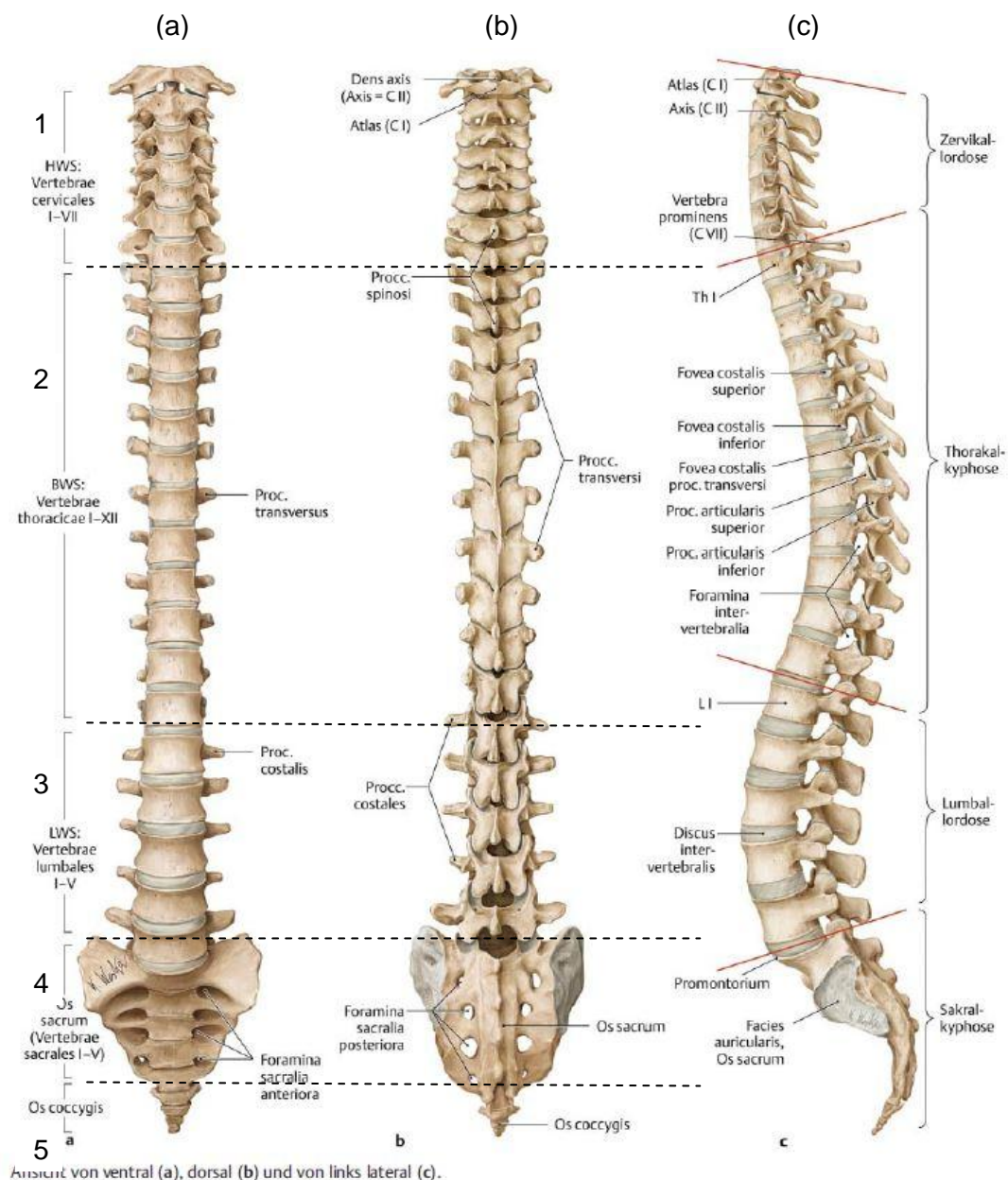


Abbildung 9: Aufbau der Wirbelsäule [vgl. Aumüller 2010, 209]

Wie in Abbildung 9 ersichtlich wird, ist die WS in fünf unterschiedliche Bereiche unterteilt. Diese Bereiche haben verschiedene Anzahlen von Wirbelkörpern, und sie haben spezielle Bezeichnungen wie auch Krümmungen.

Die Halswirbelsäule (HWS = Cervicales) besitzt sieben Wirbelkörper, die eine Bezeichnung von C I - C VII haben. Der Brustwirbelsäulenabschnitt (BWS = Thoracicae) bildet mit seinen zwölf Wirbelkörpern den größten Abschnitt der WS und wird mit Th I - Th XII abgekürzt. Die Lendenwirbelsäule (LWS = Lumbales) bildet mit fünf Wirbelkörpern den unteren beweglichen Teil der Wirbelsäule. Die Kurzbezeichnung der LWS wird L I - L V genannt. Das Kreuzbein (Os sacrum) mit fünf Wirbeln und das Steißbein (Os coccygis) mit drei bis fünf Wirbelkörpern bilden gemeinsam die Sakralkyphose.

Die WS besteht demnach aus insgesamt 32 bis 34 Wirbeln. Die fünf Wirbel des Kreuzbeins sind ebenso wie die Wirbel des Steißbeins rudimentiert, also miteinander verschmolzen und nur im Ansatz angelegt. Häufig wird daher von 24 freien Wirbelkörpern und den dazu gehörenden Bandscheiben gesprochen. Die einzelnen Wirbelkörper haben grundsätzlich den gleichen Aufbau, dennoch sind sie durch ihre Größe und Funktion an den jeweiligen Wirbelsäulenabschnitt angepasst [vgl. Aumüller 2010, 210].

Folgende Abbildung 10 zeigt den Aufbau eines Wirbelkörpers:

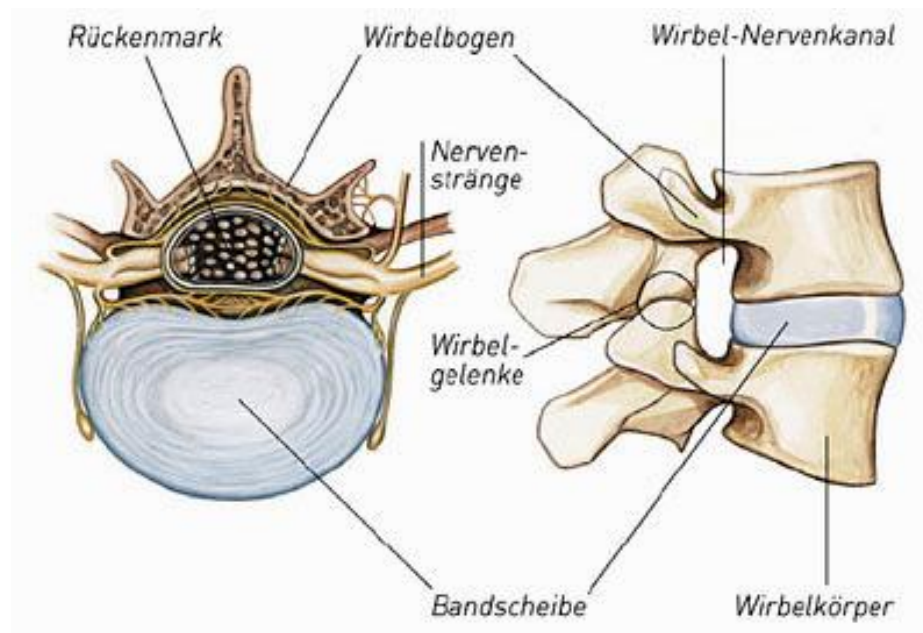


Abbildung 10: Querschnitt Wirbelkörper und Bandscheibe [Klinik Sanssouci Potsdam GmbH & Co. KG 2011]

Die Bandscheibe ist eine faserknorpelige Verbindung zwischen einzelnen Wirbeln und wird durch ein Fasersystem von außen geschützt. Im Inneren der Bandscheibe befindet sich ein Gallertkern (Nucleus pulposus). Der Gallertkern ist ein zellarmes Gewebe, welches einen hohen Wassergehalt besitzt, ähnlich wie ein „Wasserkissen“. Während verschiedener Druckbelastungen wird der Wasseranteil tagsüber durch die Faserringe der Bandscheibe transportiert. Dies kann zur Folge haben, dass es zu einer Abnahme von 1 mm pro Bandscheibe über den Tag kommt. Dadurch nimmt die Körpergröße bis zu 2,5 cm im Tagesverlauf ab. Der Gallertkern rehydratisiert, sobald der Körper liegt und die Wirbelsäule entlastet ist [vgl. Aumüller 2010, 212–219].

Die einzelnen Wirbelkörper haben unterschiedliche Wirbelbögen mit Fortsätzen (Dornfortsätzen und Querfortsätzen), durch die sie sich unterscheiden lassen. Hierbei wird eine Bestimmung des lokalen Platzes des Wirbelkörpers in der WS gewährleistet. Das Rückenmark verläuft innerhalb des Wirbellochs, welches bei der Ansicht in der Abbildung 10 rechts als Wirbel-Nervenkanal gekennzeichnet ist [vgl. Benninghoff/Drenckhahn 2008, 124].

Bei der Rückenmuskulatur wird zwischen der autochthonen Rückenmuskulatur (ARM = „tiefe“ Rückenmuskulatur) und der nicht autochthonen Rückenmuskulatur (NARM = „eingewanderte“ Sekundäre Rückenmuskulatur) unterschieden. Die ARM befindet sich beidseitig vom Kopf entlang der WS bis zum Becken. Die primäre Funktion der ARM ist die Stabilisierung der WS, in welcher sie durch die Fascia thoracolumbalis geschützt wird [vgl. Schünke 2007, 144–149]. Häufig wird die Fascia thoracolumbalis als eine Art „Trennwand“ zwischen der ARM und der NARM bezeichnet.

Besonders die Stützfunktion der ARM ist entscheidend, um Rückenkrankheiten, wie Bandscheibenvorfälle, zu vermeiden. Es gilt rückenstärkende Übungen in einer Rückenschule zu etablieren, damit die feine innenliegende Rückenmuskulatur nachhaltig gestärkt werden kann.

Im Gegensatz zu der ARM steht die NARM, welche auch als außenliegende Rückenmuskulatur bezeichnet wird. Der wohl bekannteste Muskel der NARM ist der große Rückenmuskel (*musculus latissimus dorsi*) [vgl. Faller 2008, 160]. Der Ursprung des großen Rückenmuskels liegt an den Dornfortsätzen der Brustwirbel Th VII - Th XII und der Lendenwirbel L I - L V. Außerdem entspringt er dem starken Faserband und der Fascia thoracolumbalis. Ein weiterer Ursprung des großen Rückenmuskels liegt zwischen der 9. und 12. Rippe. Der *Musculus latissimus dorsi* setzt an einer Vertiefung des Oberarmknochens, in der Nähe des Ansatzes des großen runden Muskels, an [vgl. DocCheck Medical Services 2013]. Die Innervation geschieht durch den Nervus thoracodorsalis (motorischer Nerv) aus dem Plexus brachialis (Nervengeflecht des peripheren Nervensystems) [vgl. Faller 2008, 666–668].

Ein weiterer wichtiger NARM, ist der Rückenstrecker oder auch „Aufrichter der Wirbelsäule“ (*musculus erector spinae*).

Da der *Musculus erector spinae* aus mehreren Muskelgruppen besteht, wird er auch als „die Rückenstrecker“ bezeichnet [vgl. Faller 2008, 160]. Die Muskulatur der Rückenstrecker wird in einen medialen und lateralen Bereich unterteilt.

Der mediale Trakt wiederum wird in ein interspinales, ein spinales und ein transversospinales System untergliedert. Die *Musculi interspinales* und *spinales* sowie der *Musculus rectus capitis posterior major* und *minor* verbinden die Dornfortsätze der Wirbel beim interspinalen und spinalen System des medialen Trakts. Die *Musculi semispinales*, *Musculi multifidi* (HWS, BWS, LWS und Os sacrum) und *Musculi rotatores* ziehen vom Querfortsatz zum Dornfortsatz eines Wirbels und können dabei Wirbelsegmente überspringen [vgl. DocCheck Medical Services 2013].

Der laterale Trakt ist in das intertransversale, sakrospinale und spinotransversale System sowie das Rippenhebemuskelsystem gegliedert. Die *Musculi intertransversarii* und der *Musculus obliquus capitis superior* verbinden die Querfortsätze der angrenzenden Wirbel beim intertransversalen System. Der Ursprung der Muskeln beim sakrospinalen System befindet sich am Os sacrum, den Dornfortsätzen der Lendenwirbel, an der *Fascia thoracolumbalis* und der Darmbeinschaukel. Verbindende Muskeln sind der *Musculus longissimus* und die *Musculi iliocostales*. Das spinotransversale System besteht aus dem *Musculus splenius cervicis*, dem *Musculus splenius capitis* und dem *Musculus obliquus capitis inferior*. Diese drei Muskeln ziehen von den Dornfortsätzen zu den Querfortsätzen der zur Körpermitte hin liegenden Wirbel. Das Rippenhebemuskelsystem besteht aus den *Musculi levatores costarum breves* und *longi* [vgl. DocCheck Medical Services 2013]. Sie ziehen die Wirbelkörper nach unten und bewirken eine einseitige Lateralflexion und eine beidseitige Dorsalextension. Die Innervation bei den Rückenstreckern erfolgt durch die Spinalnerven, die sich in einen medialen und lateralen Ast teilen [vgl. Faller 2008, 667].

Die Rückenstrecker dienen als sekundär stützende Rückenmuskulatur im Lendenwirbelsäulenabschnitt. Stark ausgebildete Rückenstrecker können Krankheiten der Lendenwirbelsäule verhindern. Jedoch muss neben dem Spieler (Agonist) zusätzlich der entsprechende Gegenspieler (Antagonist) trainiert werden. Dadurch wird eine Dysbalance der Muskulatur verhindert. So ist der Gegenspieler der Rückenstrecker der gerade Bauchmuskel (*musculus rectus abdominis*).

5.2 Risikofaktoren

Es gibt drei Hauptkategorien von Risikofaktoren, die unterschiedliche Reize und damit eine Überlastung des Rückens bewirken. Besonders die psychischen Belastungsfaktoren sollten von den Unternehmern nicht verharmlost werden. Hier ist es wichtig, einen Ausgleich zu schaffen, damit die Belastungsfaktoren der Mitarbeiter kompensiert werden können. Eine Entlastung physischer aber auch psychischer Art, bewirkt beim Mitarbeiter auf Dauer weniger krankheitsbedingte Ausfälle. Hierdurch kann das Unternehmen auf lange Sicht Kosten sparen.

5.2.1 Physische Belastungsfaktoren

Physische Belastungsfaktoren gehen fast immer mit belastenden Tätigkeiten einher. Der Unternehmer ist durch das Arbeitsschutzgesetz dazu verpflichtet, die Möglichkeit einer Gefährdung seiner Mitarbeiter zu prüfen und zu beurteilen. Hierzu zählt außer der Gefährdung des Rückens auch die Gefährdung der Gelenke. Des Weiteren kann unterschieden werden, ob es sich um eine physische Belastung im Sinne einer manuellen Belastung handelt, oder ob eine erzwungene Körperhaltung für einen gesundheitlichen Schaden verantwortlich ist. Bei Tätigkeiten und Lastenhandhabungen ohne technische Hilfsmittel kann es bei hoher Belastung häufig zu Beschwerden im Rücken kommen. Manuelle Belastungen sind Heben, Halten, Tragen und Absetzen von Lasten per Hand, aber auch das Schieben und Ziehen durch menschliche Körperkraft.

Eine der am häufigsten vorkommenden Zwangshaltungen in der heutigen Zeit, ist das lang anhaltende Sitzen bzw. das lang anhaltende Stehen. Weitere Belastungsfaktoren bei Zwangshaltungen geschehen sowohl bei Arbeiten im Hocken und Knien, als auch bei Arbeiten über Schulterniveau und bei starker Rumpfbeugung. Außerdem muss die Monotonie, welche besonders bei Arbeiten mit immer wiederkehrenden Aufgaben vorhanden ist und eine einseitige Belastung von Gelenken und Sehnen bewirkt, berücksichtigt werden [vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) 2013].

5.2.2 Psychische Belastungsfaktoren

Bei jedem Individuum führen äußere Reize (Stressoren) zu psychischen Reaktionen. Vor allem bei der Bewältigung von persönlichen Herausforderungen kann es dadurch im Alltag zu körperlichen und geistigen Belastungen kommen. Jedoch hat jeder Mensch eine individuelle Stresstoleranz. Wird diese Grenze überschritten, kann es zu Stressreaktionen kommen, die sich auf das innere Gleichgewicht (Homöostase) auswirken [vgl. Ströhle 2003, 280]. Stress kann z. B. durch hohe Ar-

beitsanforderungen und fehlende Unterstützung durch Vorgesetzte oder Kollegen entstehen. Das Institut für Arbeit und Gesundheit (IAG) der DGUV kann mit Hilfe einer Gefährdungsbeurteilung analysieren, ob eine solche Belastung für Mitarbeiter besteht. Dadurch können Probleme bei Abläufen der Arbeitsplatzsicherheit aufgedeckt und behoben werden. Experten aus verschiedenen Bereichen prüfen anhand von Fragebögen und Beobachtungsinterviews, welchen Belastungsfaktoren Mitarbeiter ausgesetzt sind [vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) 2013].

5.2.3 Individuelle Faktoren

Bei den individuellen Faktoren kann das Unternehmen nicht direkt, sondern nur indirekt eingreifen. Die individuellen Faktoren sind Körpergröße, Körpergewicht, Gesundheitsverhalten, Lebensstil und Einstellung der verschiedenen Individuen [vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) 2013, 3]. Referenten, die über das Gesundheitsverhalten informieren, können Unternehmen dabei unterstützen, Mitarbeiter zur Änderung ihrer persönlichen Einstellungen zu bewegen.

5.3 Krankheiten

Es gibt mehrere Krankheiten, die sich in Rückenbeschwerden äußern. Vier der wohl bekanntesten Krankheiten, die mit Rückenschmerzen bzw. Rückenkrankheiten verbunden werden, sind: Bandscheibenvorfall, Hexenschuss sowie Skoliose und Osteoporose. Auf diese Krankheiten wird in den folgenden Kapiteln eingegangen.

5.3.1 Bandscheibenvorfall – Prolapsus nucleus pulposi

Eine der wohl bekanntesten Formen des „Rückenleidens“ ist der Bandscheibenvorfall. Einem Bandscheibenvorfall geht häufig eine bestimmte Bewegung voraus. So kann z. B. eine Rotation des Oberkörpers beim Aussteigen aus dem Auto einen Bandscheibenvorfall verursachen. Bei einem Bandscheibenvorfall tritt die Flüssigkeit mit dem Gallertkern nach einer Ruptur (Zerreißung) der Faserringe aus der Bandscheibe aus und drückt häufig auf den angrenzenden Wirbelkanal der Wirbelsäule [vgl. Ficklscherer 2008, 20–21].

Es besteht aber auch die Gefahr, dass es zu einer Entzündungsreaktion durch den Bandscheibenvorfall kommt. Das Immunsystem des Körpers hält Krankheitserreger und Eindringlinge ab. Durch die Ruptur der Bandscheibe tritt das Bindegewebe aus dem äußeren Faserring der Bandscheibe aus. Das Immunsystem „erkennt“ dieses aber nicht und reagiert auf den Fremdkörper. Folglich entsteht eine schmerzhafte Entzündung, die durch den Prolaps hervorgerufen wurde. Verantwortlich für die Re-

aktion des Immunsystems ist eine bestimmte Gruppe von T-Zellen. Die T-Zellen gehören zu der Zellgruppe der Lymphozyten und haben die Funktion der Immunabwehr. Gelänge es, diese in Zukunft zu blockieren, könnte ein Bandscheibenvorfall ausschließlich medikamentös geheilt werden [vgl. Online 2010].

Der Bandscheibenvorfall äußert sich meist durch Schmerzen im Rücken und Taubheitsgefühl in den Extremitäten. Natürlich muss es aber nicht zu einem Bandscheibenvorfall durch Fremdeinwirkung kommen, um Schwierigkeiten mit der Bandscheibe zu bekommen. Im Laufe des Lebens verändert sich nämlich die Bandscheibenstruktur, wodurch die Flüssigkeit in der Bandscheibe aufgrund von altersbedingten Prozessen immer weiter austrocknet. Dieser Flüssigkeitsverlust bedeutet einen Rückgang der Elastizität der Bandscheibe. Als effektive Therapiemethode wird in akuten Schmerzphasen ein Analgetikum verwendet. Im Idealfall unterdrückt es die Schmerzen, ohne weitere Komplikationen zu verursachen und hilft bei der Abschwellung. Außerdem ist in diesem Fall absolute Bettruhe nötig, damit sich die Bandscheibe regenerieren kann. In bis zu 90 % der Fälle ist eine konservative Therapie erfolgreich, und es muss anschließend nicht mehr operiert werden [vgl. Apotheken Umschau 2012].

Im Anschluss an die Abschwellung ist sowohl eine Wärmetherapie als auch eine Elektrodentherapie empfehlenswert, welche weitere Schmerzlinderung zur Folge haben kann. Damit der Patient auch nachhaltig gesund bleibt, wird oft ein Haltungs- und Verhaltenstraining durchgeführt. Dies erfolgt meist nach Beendigung der Krankengymnastik.

5.3.2 Hexenschuss – Lumbago

Von einem Hexenschuss oder auch Lumbago wird ausgegangen, wenn die Schmerzen im unteren Rücken akut oder chronisch sind, aber keine Nervenwurzelssymptomatik vorliegt. Einer Lumbago liegen häufig mehrere sich überlappende Prozesse zu Grunde. Der Hexenschuss erscheint meist durch einen plötzlich einsetzenden Schmerz oder durch einen in seiner Intensität wechselnden chronischen Schmerz. Die Rückenmuskulatur ist meist durch segmentalen Muskelhartspann, also eine Verhärtung der Muskulatur, eingeschränkt. Bei klinischen Untersuchungen wird dies durch Bewegungs-, Druck- und Klopfschmerzen erkennbar. Demnach reicht in den meisten Fällen eine Wärmebehandlung und die Gabe eines nichtsteroidalen Antirheumatikums (NSAR), also eines entzündungshemmenden Schmerzmittels, aus [vgl. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) 2013].

Im Anschluss ist es sinnvoll, dem Patienten Krankengymnastik zur Stärkung der Rückenmuskulatur zu verordnen. Eine weitere Möglichkeit, die Beschwerden zu lindern, ist, dem Patienten eine Haltungsschule nahezu legen, besonders wenn dieser häufig zu schwerem Heben aus dem Rücken neigt.

5.3.3 Skoliose und Osteoporose – Verformungen und Missbildungen

Die „echte“ Skoliose entspricht einer seitlichen Krümmung, kombiniert mit einer Torsion (Verdrehung) der Wirbelkörper um ihre Längsachse. Patienten sind oft eine sehr lange Zeit schmerz- und beschwerdefrei, bevor sie mit der Diagnose einer Skoliose konfrontiert werden. Frauen erkranken im Verhältnis zu Männern fünfmal häufiger an einer Skoliose. Weltweit reichen die statistischen Zahlenwerte von Skoliose-Erkrankten von 2 bis 16 % der Weltbevölkerung. Das Problem hierbei ist die unterschiedliche Auffassung, ab welchem Winkel von einer Skoliose gesprochen werden kann. Es gibt unterschiedliche Klassifikationen, in die Skoliosen eingeteilt werden. Diese reichen vom Skelett im Säuglingsalter bis hin zum Ende der Skelettreifung eines ausgewachsenen Menschen [vgl. Ficklscherer 2008, 24–25].

Durch dauerhafte Fehlbelastung, Fehlstellung, sowie zu hohe Belastung auf den Organismus, kann es auch nach Abschluss des Wachstums jederzeit zu einer Veränderung der WS kommen.

Je früher mit einer Therapie begonnen wird, desto höher sind die Chancen, den Verschiebungsgrad der WS teilweise zu korrigieren. Nur 5 bis 10 % der Patienten müssen mit einem operativen Eingriff rechnen. Mit Hilfe von Krankengymnastik kann die Bauch und Rückenmuskulatur gestärkt werden. Außerdem ist es sinnvoll, die Herz- und Lungenfunktionen zu verbessern [vgl. Ficklscherer 2008, 24–25].

Osteoporose wird in drei Krankheitsformen unterteilt:

- Juvenile Osteoporose
- Postmenopausale Osteoporose
- Senile Osteoporose

Die juvenile Osteoporose tritt, im Verhältnis zur Osteoporose des älteren Menschen, eher selten auf. Betroffene bei der juvenilen Osteoporose sind Kinder in der präpubertären Phase im Alter von 8 bis 12 Jahren. Symptome sind Schmerzen in Knie- und Knöchelgelenk, abnehmende Körpergröße und verkürzter Brustkorb. Häufig kann dafür keine auslösende Ursache gefunden werden. Eine juvenile Osteoporose entsteht meist aber durch eine Grunderkrankung wie z. B. rheumatoide Arthritis

(entzündliche Erkrankung der Gelenke) [vgl. C. Niedhart, U. Maus 2014]. Zu den Therapieformen zählt Physiotherapie, körperliches Training (unter Vermeidung schweren Hebens) und die Behandlung mit Kalzium und Vitamin D. In manchen Fällen wird mit der Behandlung durch Calcitonin (zur Senkung stark erhöhter Kalziumspiegel) und Bisphosphonaten (zur Behandlung bei Knochen- und Kalziumstoffwechselkrankheiten) begonnen. [vgl. Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE) 2014].

Bei der postmenopausalen Osteoporose wird auch vom Osteoporose Typ I gesprochen. Von ihr sind etwa ein Drittel der Frauen zwischen 50 und 70 Jahren betroffen. Der durch die Menopause bedingte Östrogenabfall bewirkt einen verstärkten Knochenabbau und ein erhöhtes Frakturrisiko. Dabei wird die Spongiosa (schwammartiger Innenraum des Knochens) abgebaut. Es ist hilfreich, auf eine ausgewogene kalziumreiche Ernährung und Zufuhr von Vitamin D zu achten. Des Weiteren sollten zusätzlich muskelstärkende Kraftübungen und regelmäßige körperliche Bewegungen als Präventionsmaßnahmen durchgeführt werden. In besonderen Fällen wird eine Hormonersatztherapie gewählt, um dem Körper das fehlende Östrogen wieder zuzuführen. Im optimalen Fall stellen die Medikamente das Gleichgewicht zwischen knochenabbauenden und knochenaufbauenden Zellen wieder her.

Die dritte Krankheitsform von Osteoporose wird als senile Osteoporose oder auch Osteoporose Typ II bezeichnet. Hiervon sind sowohl Frauen als auch Männer im Alter von über 70 Jahren betroffen. Ursachen sind der natürliche Alterungsprozess, der damit verbundene Knochenschwund und ein Mangel an Kalzium sowie Vitamin D [vgl. gofeminin.de 2014]. Auch kommt oft ein Bewegungsmangel der Betroffenen hinzu. Speziell bei Männern wird die Altersosteoporose durch den im Alter sinkenden Testosteronspiegel begünstigt. Die Wahrscheinlichkeit, mit der ein Mann an einer Osteoporose erkrankt, ist jedoch niedriger als bei einer Frau. Dies liegt daran, dass Männer in fast jeglicher Hinsicht größere und dadurch auch stärker belastbare Knochen besitzen. In 60 % der Fälle muss die Osteoporose bei Männern jedoch als Begleiterkrankung gesehen werden [vgl. Heinrich Resch 2004]. Abschließend muss gesagt werden, dass durch eine rechtzeitige Diagnostik, wie z. B. Knochendichtemessungen, früher mit Behandlungsmöglichkeiten begonnen werden kann. Dies könnte dann das Risiko, Osteoporose-Frakturen zu erleiden, senken.

6 Kommunikationskampagne am Beispiel „Denk an mich. Dein Rücken“

Die Präventionskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ startete am 10. Januar 2013. Kampagnenträger sind die Berufsgenossenschaften und Unfallkassen (UKBG), die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) sowie die Knappschaft. [vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) 2013].

Die Notwendigkeit einer solchen Kampagne wurde bereits durch die hohe Anzahl von Fehltagen aufgrund von Rückenproblemen nachgewiesen. (vgl. Kapitel 3.1 Abb. 3/AU-Tage je 100 Versicherte aufgrund von Rückenbeschwerden nach Bundesländern 2012). Ursachen für die dauerhaften Rückenbeschwerden können z. B. Sitzen im Büro und Stehen an Maschinen sein. Die Kommunikationskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ soll den Betroffenen das nötige Wissen und den richtigen Umgang mit gleichbleibenden Belastungen näherbringen. Natürlich können Rückenbeschwerden nicht nur durch physische, sondern auch durch psychische Belastungsfaktoren wie Stress entstehen. Die Kampagne soll auch für solche Fälle den Umgang mit Belastungssituationen üben, damit betroffene Personen ihren Alltag und ihre Freizeit besser bewerkstelligen können.

6.1 Verhaltens- und verhältnisbezogene Prävention

Das verhaltens- und verhältnisbezogene Präventionsverständnis der Präventionskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ beschäftigt sich, wie schon in der Darstellung der Theorie gezeigt (vgl. Kapitel 4.1.1 und 4.1.2), mit den personenbezogenen und den umweltbedingten Faktoren.

In Abbildung 11 werden die beiden Präventionstypen durch die Kampagne nochmals dargestellt:

Ansätze der Prävention

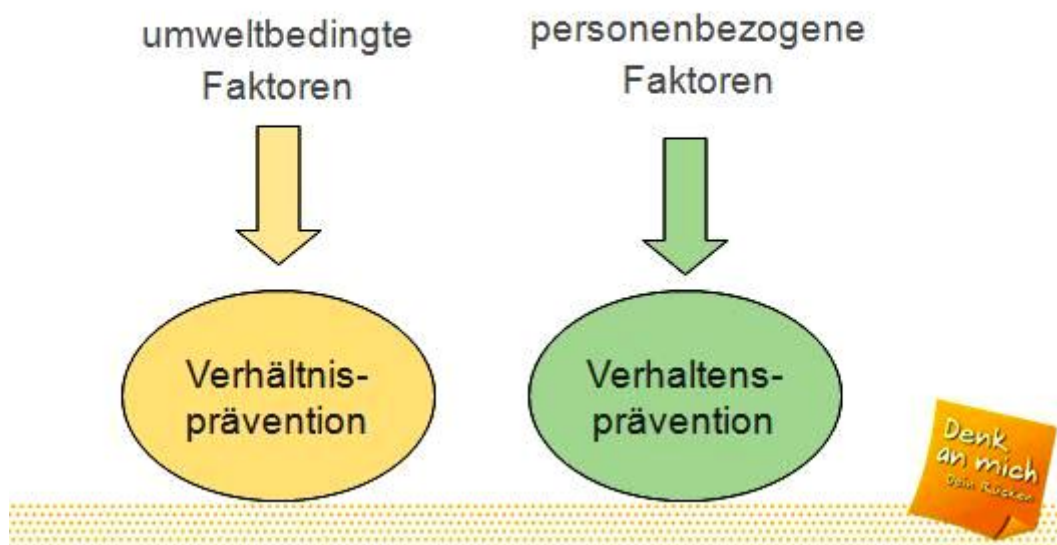


Abbildung 11: Ansätze der Prävention [Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) 2013]

Wie die Kommunikationskampagne die beiden Präventionstypen umsetzt, wird in den beiden folgenden Kapiteln 6.1.1 und 6.1.2 aufgezeigt.

6.1.1 Verhaltensbezogen

Bei der verhaltensbezogenen Prävention setzt die Kampagne auf die Vermittlung von Haltung und Bewegung. Dabei wird eine Überprüfung des eigenen Verhaltens am Arbeitsplatz vorgenommen. Ist das eigene Verhalten überprüft worden, wird ein optimales Arbeitsverhalten durch die Kampagne vermittelt [vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) 2013]. Einem Betroffenen wird so deutlich gemacht, wie er sich in seinem Arbeitsalltag verhalten muss.

Ein sorgfältiger Umgang mit den zur Verfügung stehenden Arbeitsmitteln ist genauso wichtig wie die Nutzung von möglichen Hilfsmitteln. Dies führt zu einer Entlastung z. B. bei Hebe- und Tragebelastungen. Darüber hinaus ist das Einrichten eines ergonomischen Arbeitsplatzes zum Ausgleich von monotonen Belastungen genauso nötig, wie das Vermitteln von Gesundheitswissen und -kompetenz.

Abbildung 12 zeigt häufige Fehlhaltungen im Arbeitsalltag:



Abbildung 12: (Fehl)haltung im Stehen und Sitzen [vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) 2013]

Die Abbildung 12 der Kommunikationskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“, zeigt die ungünstige und günstige Haltung beim Stehen und Sitzen. Wenn die Kampagne dieses Wissen nicht vermittelt und die Personen das Gesundheitswissen nicht annehmen, sind präventive Maßnahmen nicht möglich. Erst durch die Vermittlung des Wissens und das Verständnis der Betroffenen kann die Präventionsmaßnahme umgesetzt werden.

6.1.2 Verhältnisbezogen

Die verhältnisbezogene Prävention befasst sich mit den umweltbedingten Faktoren. Dies sind im Wesentlichen die äußeren Arbeitsbedingungen. Die Kampagne beschäftigt sich mit dem Ist-Zustand in einem Betrieb und wie dieser gegebenenfalls verändert werden muss. Hauptbestandteile hierfür sind die ergonomische Beschaffenheit des Arbeitsplatzes und der Arbeitsmittel. Bei der Schaffung von Verbesserungen werden die betroffenen Mitarbeiter einbezogen, da diese die Mängel kennen und meist die besten Vorschläge für Veränderungsmaßnahmen machen. Die Führungsebene wird zusätzlich in den Veränderungsprozess eingebunden. Mit ihrem Führungsstil, der Arbeitszeitgestaltung und der Arbeitsorganisation trägt die Führungsebene entscheidend zum Betriebsklima im Unternehmen und zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen bei.

Außerdem verwendet die Kampagne ein Messsystem zur Erfassung von äußeren Einwirkungen im Arbeitsalltag: die *Computerunterstützte Erfassung und Langzeit-Analyse von Belastungen des Muskel-Skelettsystems* (CUELA). Die Messwerte, die durch das Institut für Arbeitsschutz (IFA) der DGUV ausgewertet werden, helfen dabei, dass Belastungen im Alltag besser wahrgenommen werden [vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) 2013].

Die folgende Abbildung 13 zeigt das CUELA-Messsystem:



Abbildung 13: Betriebliche Messungen CUELA-Messsystem [vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) 2013]

Durch Sensoren an der Arbeitskleidung der Beschäftigten kann mittels Videoaufnahme die Arbeitssituation im Nachhinein veranschaulicht werden. Außerdem werden Sensoren für Ganzkörper-Vibrationen (GKV) und Hand-Arm-Vibrationen (HAV) verwendet. Mit Hilfe einer speziellen Software können dann Orientierungswerte dargestellt werden, aus denen sich situationsabhängige Präventionsmaßnahmen ableiten lassen. Das CUELA-Messsystem hilft bei der Analyse und Behebung von einseitigen Belastungen und Fehlstellungen im Arbeitsalltag.

6.2 Kampagnenmanagement

Für die Öffentlichkeit tritt die Kommunikationskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ zusammen mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) auf. Die DGUV ist für den Aufbau und die Struktur der Kampagne verantwortlich, steht jedoch mit den Trägern der Kampagne in regelmäßigem Austausch. Dabei verwendet die DGUV analysierte Daten der UKBG, SVLFG und der Knappschaft. Wie der Aufbau der Kampagne gegliedert ist und auf welche „Probleme“ dabei eingegangen werden soll, wird in den nächsten Kapiteln erläutert.

6.2.1 Kampagne

Die Präventionskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ besteht aus zwei Bausteinen. Einerseits wird sie durch die gemeinsame Dachkampagne aller beteiligten In-

stitutionen getragen, Andererseits besteht sie aus zielgruppenspezifischen Kampagnen einzelner Träger der UKBG, der SVLFG und der Knappschaft (Kranken- und Pflegeversicherung).

Die Abbildung 14 zeigt den Aufbau der zwei Bausteine, aus der die Präventionskampagne besteht:

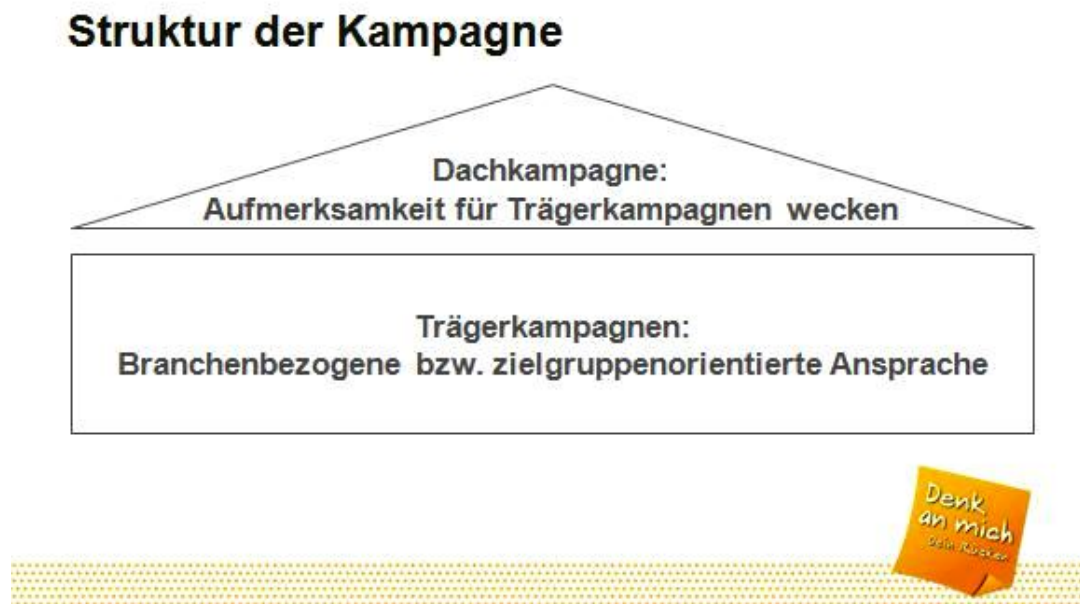


Abbildung 14: Aufbau der Kampagne [vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) 2013]

Die Träger der Präventionskampagne beteiligen sich finanziell an der Kampagne und werden daher mit ihrem Logo auf der Absender-Logoseite dargestellt. Natürlich besteht auch die Möglichkeit, externe Partner zu gewinnen, welche die Kampagne ideell unterstützen.



Abbildung 15: Träger der Präventionskampagne [vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) 2013]

Der zweite Baustein der Kampagne wird als Dachkampagne bezeichnet. Diese wird aus dem Grund durchgeführt, damit gemeinsame Kommunikationskonzepte aller Träger unter einem einheitlichen Design mit festgelegten Gestaltungsrichtlinien und dem gleichen Slogan kommuniziert werden. Die Kampagnenträger wirken als eine Art Multiplikator. Jeder Träger verfügt über ein bestimmtes „know-how“, welches branchenübergreifend verwendet werden kann. So können z. B. Zeitschriften, Flyer,

Broschüren und Kurzfilme an die trägerspezifischen Bedürfnisse angepasst werden. Weiterhin geschehen durch die multiplikatorische Tätigkeit der Träger eine öffentlichkeitswirksamere Promotion und die Förderung des Bekanntheitsgrads der Kampagne.

Damit der Erfolg der Kampagne genauestens analysiert werden kann, verwenden die Akteure der Kampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ ein Evaluationskonzept auf acht Ebenen. Es wird davon ausgegangen, dass die Wirkung der Kampagne über entsprechende Wirkungsketten auf verschiedenen Ebenen gemessen werden kann. Dabei ist die Wirkung der jeweiligen Stufe Voraussetzung für die nächste Stufe. Die Ebenen sind wie folgt festgelegt [vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) 2013]:

- 0) interne und externe Konzeptevaluation
- 1) Umfang der Kampagnenaktivitäten und –maßnahmen
- 2) Medienresonanzanalyse
- 3) Wahrnehmung-Akzeptanz-Bewertungs-Ebene
- 4) Verhalten-Verhältnis-Veränderungsebene
- 5) Auswirkungen im Betrieb
- 6) Qualität von Struktur und Prozessen
- 7) Beratung und Handlungsempfehlung der Kampagnenträger
- 8) Feedback der Evaluationsergebnisse

Bei der Ebene 0) unterscheidet die Kampagne zwischen der internen und externen Evaluation des Kampagnenkonzepts. Bei der internen Konzeptevaluation stehen die Kampagnenakteure und deren Wahrnehmung, Bewertung sowie Akzeptanz im Vordergrund. Im Vergleich dazu widmet sich die externe Konzeptevaluation den Zielgruppen und deren Akzeptanz und Wahrnehmungen. Hier wird von den Zielgruppen-Tests gesprochen, mit denen geprüft wird, ob die Kampagne ihren gewünschten Effekt erzielt. Sollte der gewünschte Effekt noch nicht eingetroffen sein, muss eine Optimierung eingeleitet werden.

In der Evaluationsebene 1) wird geprüft, ob die Kampagne in den Betrieben und der Öffentlichkeit präsent ist. Entscheidend ist hierbei, ob die Kernbotschaft durch die Zielgruppe wahrgenommen wird und wie sie überhaupt wahrgenommen wird. Anschließend wird in Ebene 2) eine Medienanalyse dokumentiert. Dabei wird geprüft, wie häufig die Zielgruppen mit den verschiedenen Medienarten der Kampagne angesprochen werden. Bei 3) werden die Zielgruppen direkt z. B. auf Gesundheits- und Aktionstagen sowie zentralen Veranstaltungen der Kampagne angesprochen.

Die Evaluation beschäftigt sich mit der Wahrnehmung der Zielgruppen und ihrer Bewertung. Auf Ebene 4) wird dann anschließend erfasst, inwiefern es zu Veränderungen bei der Verhaltens- und Verhältnisebene der Zielgruppen kommt. Die Kampagnenakteure führen hierfür Gespräche mit Fachkräften für Arbeitssicherheit, Betriebs- und Werksärzten aber auch Unternehmern. Sie wollen herausfinden, welche Veränderungen im Betrieb durch die Kampagne bewirkt werden. Sollte es zu Veränderungen in den Betrieben kommen, wird eine Wirkung in den Evaluationsbereichen 1) bis 4) erzielt.

Diese kann dann in 5) anhand von Kennzahlen im Unternehmen geprüft werden. Nach der Erhebung der Daten in Evaluationsebene 5) können daraus die Strukturen und Prozesse in Ebene 6) ermittelt werden. Mögliche Verbesserungen bei den Abläufen können hier optimiert und umgesetzt werden. Des Weiteren werden die Kampagnenträger bei der Evaluation ihrer Maßnahmen innerhalb der Kampagne durch einen externen Partner unterstützt (7). Abschließend ist die Dachkampagne für eine zeitnahe Rückmeldung aller Ergebnisse (8) verantwortlich. Dadurch wird dann der höchst mögliche Nutzen der Evaluationskampagne gewährleistet.

6.2.2 Kampagnenmanagement und Crossmedia

Crossmedial werden bei der Präventionskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ verschiedene Kommunikationskanäle benutzt. Um eine perfekte Verzahnung und gegenseitige Unterstützung der Medien zu gewährleisten, beschränkt sich die Kampagne nicht nur auf Printmedien, sondern deckt ein weites Spektrum von Kommunikationsformen ab. Auf diese wird im Einzelnen in den folgenden Kapiteln näher eingegangen.

Bei der Kampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ werden Online Medien (Web 2.0), Messen sowie Veranstaltungen (public relations; PR) und Mobil Medien mit der eigenen Smartphone-App verwendet. Inwieweit die Verwendung der crossmedialen Medien hilfreich für den Erfolg der Kampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ sind, wird im Kapitel 6.2.4 dargestellt.

Auf die integrierte Kommunikation, die eine notwendige Bedingung von Crossmedia ist, wird im folgenden Kapitel 6.2.3 weiter eingegangen.

6.2.3 Integrierte Kommunikation

Die inhaltliche Form der integrierten Kommunikation spiegelt das Auftreten, sowie die Leitidee und die Kernbotschaft wieder. Bei der Kampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ wurde die inhaltliche Form dementsprechend umgesetzt. So verwendet sie als Kernbotschaft: „Das richtige Maß an Belastung hält den Rücken gesund.“ Außerdem verwendet die Kommunikationskampagne einen einheitlichen Claim, der diese Leitidee unterstützt: „Denk an mich. Dein Rücken“. Dieser gewährt der Kampagne durch seine Verwendung eine unique selling proposition (USP).

Abbildung 16 zeigt die Kernbotschaft der Kampagne:

Kernbotschaft

„Das richtige Maß an Belastung hält den Rücken gesund.“

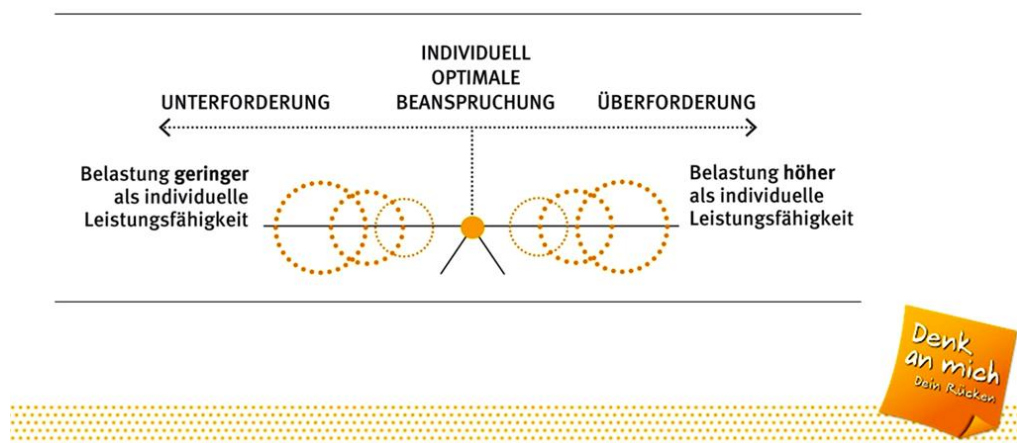


Abbildung 16: Kernbotschaft der Kampagne [vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) 2013]

Im optimalen Fall liegt die individuelle Belastung genau in der Mitte von Unterforderung und Überforderung. Dadurch kann sichergestellt werden, dass der Mitarbeiter seine Fähigkeiten optimal ausschöpft und auf Dauer nicht durch Unter- oder Überforderung erkrankt.

Als formale Form integrierter Kommunikation verwendet die Kampagne einen „Denk an mich. Dein Rücken“-„Post it“. Dieser ist in der Abbildung 17 unten dargestellt. Die Leitidee wird anschaulich vermittelt und macht neugierig. Besonders durch seine gelbe Farbgebung stimmt er mit positiven Emotionen auf die Kampagne ein [vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) 2013].

Abbildung 17 zeigt das einheitliche Logo der Kampagne:



Abbildung 17: Logo - Denk an mich. Dein Rücken [Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV) 2013]

Mit heller Farbe und gut erkennlicher Schrift wurde es auffällig gestaltet, wirkt aber nicht belehrend, sondern greift den nachdenklich machenden Kampagnenslogan auf. Die Form wurde von den Verantwortlichen der Kampagne als „Post-it“ gewählt. Ein „Post-it“ wird in der Regel als Gedächtnisstütze verwendet, woran auch hier durch die Darstellung erinnert wird. Die Kampagnenbotschaft stellt zudem via „Post-it“ eine Nachricht des Rückens an den betroffenen Besitzer des Rückens dar, nämlich immer an ihn zu denken.

Das Timing, also zu welcher Zeit die verschiedenen Tools eingesetzt werden, bestimmt die zeitliche Integration. Dabei sollte aber jederzeit auf die Spannungsbögen geachtet werden. Die Kommunikationskampagne verwendet mehrere branchenbezogene Plakate und Flyer, die über die gesamte Kampagnendauer bis dato verwendet werden.

6.2.4 Aufmerksamkeitsmanagement

Die Kampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ hat eine eigene Website, welche speziell für die Kampagne angelegt wurde (www.deinruecken.de). Die Homepage ist klar und übersichtlich aufgebaut. Aktuelle Meldungen werden direkt auf der ersten Seite kommuniziert. Des Weiteren haben die Besucher der Seite die Möglichkeit, zwischen Informationen über den Stand der Kampagne, geplanten Kampagnenveranstaltungen sowie Berichten und der Mediathek zu wählen. Die Navigation der Homepage ist zusätzlich mit arbeitsbezogenen Reitern versehen, die dem Benutzer einen direkten Zugriff auf sein Interessenfeld ermöglichen. Die „Denk an mich. Dein Rücken“ Website erfüllt ihren Zweck, indem sie Interessenten mit kurzen Berichten und Pressemitteilungen über die Kampagne aufklärt. Besonders Internetnutzer, die sich regelmäßig über den aktuellen Stand der Kampagne informieren, können einen Nutzen aus dieser Website schöpfen.

Folgende Abbildung 18 zeigt den Aufbau der Kampagnenwebsite mit den verschiedenen, gelb hinterlegten Branchenreitern. Außerdem sticht das auffällig gestaltete „Denk an mich. Dein Rücken“-Logo auf der Homepage besonders ins Auge. Hierdurch wird der Zusammenhang zwischen der Kampagne und dem Slogan wieder hergestellt.



Abbildung 18: *www.deinruecken.de Website [vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) 2013b]*

Außerdem benutzt die Kampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ zusätzliche Virale Media wie z. B. Facebook, Xing, YouTube und Twitter, und setzt dabei auf das Web 2.0. Beim Web 2.0 können die „User“ Beiträge kommentieren, bewerten und weiterleiten. Deshalb wird das Web 2.0 auch als „User generated content“ bezeichnet. Die Nutzer entscheiden selbst, was sie glauben und inwieweit sie die Kampagne unterstützen. Nachfolgend werden exemplarisch Abbildungen der sozialen Netzwerke dargestellt und erläutert.

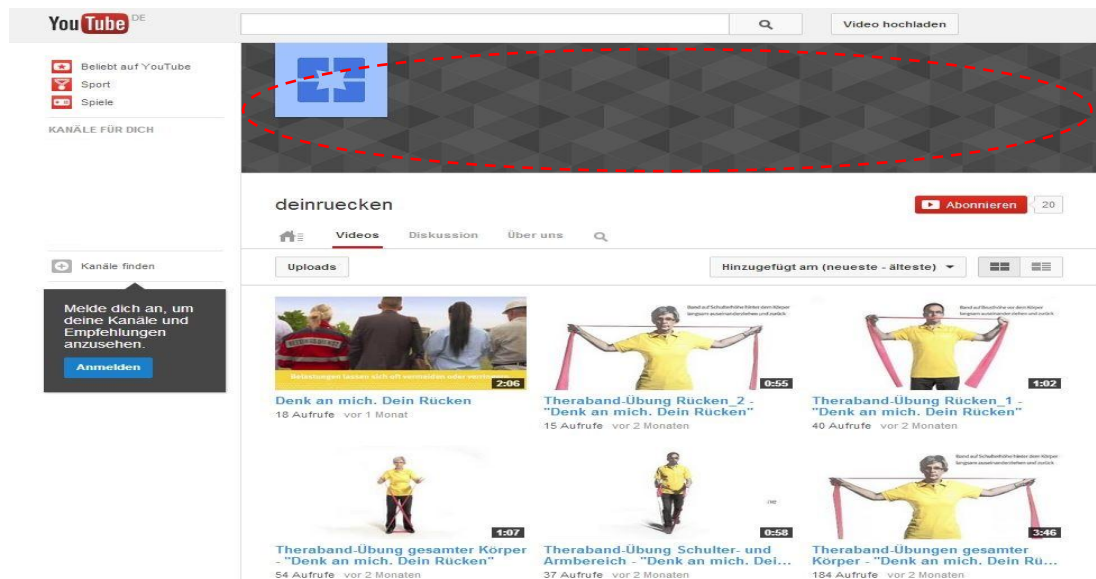


Abbildung 19: "Denk an mich. Dein Rücken" YouTube [vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)]

Die Kampagenträger der DGUV uploaden in regelmäßigen Abständen Videos und Clips zur Kampagne „Denk an mich. Dein Rücken“. Die Videos im YouTube Channel beinhalten überwiegend Übungen zur Lockerung, Dehnung und Kräftigung des Rückens. Besonders für Arbeitspausen im Büro sind die Clips gute Hilfestellungen, um den Rücken für kurze Zeit zu entspannen. Jedoch ist zu bemängeln, dass nicht jeder der arbeitenden Bevölkerung die Möglichkeit hat, einen Computer mit Internetzugriff zu benutzen. Der YouTube Channel ist leicht zu finden, könnte aber noch besser durch den „Post-it“ und Slogan der Kampagne gekennzeichnet sein (z. B. an der schwarzgrauen Channelhintergrund-Uploadfläche in Abb. 19).



Abbildung 20: "Denk an mich. Dein Rücken" Facebook [vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) 2013]

In dem sozialen Netzwerk Facebook lässt sich die Seite „Jugend will sich erleben“ finden. Die Seite wird sofort als „Denk an mich. Dein Rücken“ Kampagnenseite erkannt, da die Person in der Mitte den „Post-it“ der Kampagne und damit das USP auf dem Rücken kleben hat. Außerdem spricht die Seite vor allem das gewünschte junge Publikum an. In den Videos auf der Facebook Seite geht es um Auszubildende in verschiedenen Betrieben. Es wird in erster Linie auf die richtigen Verhaltensweisen im Umgang mit Arbeitshilfsmitteln hingewiesen. Ziel der Kampagne ist die Vermittlung der Vermeidung von zu hohen körperlichen Belastungen der Nachwuchskräfte. Die Facebook Seite ist klar strukturiert und übersichtlich von den Akteuren der Kampagne umgesetzt. Außerdem sind die Kommentare durch die Kampagnenakteure und Facebook User nicht älter als 24 Stunden, was für den gängigen Austausch und Gebrauch dieser Seite spricht. Dennoch lässt sich keine „Denk an mich. Dein Rücken“ Facebook Seite für nicht Auszubildende finden. Die Kampagne sollte hier die Chance ergreifen auch für die älteren Nutzer eine gängige Informationsseite zu schaffen.



Abbildung 21: "Denk an mich. Dein Rücken" XING [vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) 2013]

Bei XING lassen sich, im Vergleich zu den oben genannten sozialen Netzwerken, keine Treffer in der Suchleiste zum Thema „Denk an mich. Dein Rücken“ finden. Erst über Verlinkungen der „deinrücken.de“ Homepage können Expertendialoge zu Belastungen im Alltag auf XING gefunden werden. Diese sind zwar vom Datum her aktuell, jedoch durch ihre Unauffindbarkeit schwer der Kampagne zuzuordnen. Besonders bei XING findet die Kampagne viele internetaffine Menschen, die im ständigen Austausch mit diversen Unternehmen stehen. Dieses Potenzial sollte die Kampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ für sich nutzen und mehr Aufmerksamkeit auf sich ziehen. Denkbar wäre z. B. eine „deinrücken“-Gruppe anzulegen, die wesentliche Expertendialoge beinhaltet.



Abbildung 22: „Denk an mich. Dein Rücken“ Twitter [vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) 2013]

Im sozialen Netzwerk Twitter tritt die Kampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ durch den Twitteraccount der DGUV Arbeit und Gesundheit auf. Da sich die DGUV auch mit anderen Themen als dem des Rückens beschäftigt, entsteht hier eine Überflutung von Informationen, die nur zu alten Tweets der Kampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ führen. Die Follower haben bei Twitter die Möglichkeit durch Zwischen-„Tweets“ Informationen über den Stand der Kampagne zu erlangen. Jedoch nur in Verbindung mit anderen Themen-„Tweets“ der DGUV Arbeit und Gesundheit.

Die Abbildung 23 stellt die Smartphone App der „Denk an mich. Dein Rücken“ Kampagne dar:



Abbildung 23: "Denk an mich. Dein Rücken"- Smartphone-App [Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) 2013]

Die Kampagne benutzt zusätzlich eine Smartphone- und Tablet-App. In der heutigen Zeit, in der viele Mobiltelefonnutzer ein Smartphone oder Tablet besitzen, haben Interessenten die Möglichkeit auch unterwegs auf Übungen zur Entspannung und Kräftigung des Rückens zuzugreifen. Außerdem werden die App Benutzer regelmäßig von den Trägern der DGUV über aktuelle Veränderungen informiert. Tipps für eine bessere Ergonomie am Arbeitsplatz und den richtigen Umgang mit dem Rücken im Alltag stehen dem Nutzer jederzeit zur Verfügung.

Weitere Einsätze von Pedalo-Pacours, „Broken-Back-Suits“, also einer Simulation von Bewegungseinschränkungen des Rückens sind geplant und werden voraussichtlich im Jahr 2014 umgesetzt [vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV), 20,24].

Bei den Plakaten der „Paid Media“ legt die Kampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ darauf Wert, dass das „Post it“ bei allen Plakaten am Rücken der betroffenen Person angebracht ist. Dabei darf es jedoch nicht die komplette Person verdecken, sondern nur im Bereich des „unteren Rückens“ angebracht sein. Dies soll den Wiedererkennungswert der Botschaft steigern. Das Corporate Design lässt Verwechslungen unmöglich werden, da die klare Struktur auf jedem Plakat erkennbar ist.

Abbildung 24 zeigt den Aufbau der Plakate mit deren „Post it's“:



Abbildung 24: Plakate "Denk an mich. Dein Rücken" [vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) 2013]

Außerdem benutzt die Präventionskampagne weitere „Paid Media“ wie z. B. Flyer und Broschüren, aber auch „Free Media“, welche als Themenbeilage in der „Human Ressource Manager Zeitschrift“, bzw. in Zeitschriften wie „Journalist“ und „Presse-sprecher“ veröffentlicht werden. Themenbeilagen haben einen Umfang von ca. 16 Seiten und die Auflage betrug bisher 66.000 Exemplare.



Abbildung 25: Flyer & Broschüren, HR-Manager, Journalist und Pressesprecher Zeitschrift [vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) 2013]

Des Weiteren verwendet die Präventionskampagne Viralclips. Der Inhalt einer Viralkampagne ist eine unterhaltsame Art und Weise, besonders die jungen Zielgruppen durch lustige Clips zu erreichen. Dafür hat die Kampagne eine eigene Zei-

chentrickfigur namens Napo entwickelt. Napo stellt die individuellen Belastungsprobleme im Alltag in verschiedenen Clips dar. Die Botschaft steht dabei jederzeit im Vordergrund. Die Clips werden von der Kampagne mit dem Thema „Denk an mich“ so aufgebaut, dass sie den Claim in den Zusammenhang mit „Liebe“ setzen. Erst während eines jeden Clips wird dann deutlich, dass es nicht um die „Liebe“ zwischen zwei Personen, sondern um die zum eigenen Rücken geht. Die Beziehung zum eigenen Rücken stellt daher in den Clips eine ganz besondere dar, welche es wert ist, dass man ihr Zeit widmet.

Abbildung 26 zeigt die Kampagnenfigur Napo.



Abbildung 26: Zeichentrickfigur Napo der Kampagne [vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) 2013]

Im linken Bild schraubt Napo ohne Hilfsmittel bei Tätigkeiten über Schulterniveau, bei denen er sich immer tief zu den Schrauben bücken muss. Rechts hingegen hat Napo eine Erhöhung als Hilfestellung, damit er aufrecht nach den Schrauben greifen kann. Dieses simple Hilfsmittel trägt zur Entlastung des Rückens bei. Die Bilder sind einfach und verständlich gewählt. Damit wird auf den ersten Blick deutlich, was der Clip aussagen soll.

Die Abbildung 27 zeigt verschiedene „give aways“, welche die Kampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ nutzt.



Abbildung 27: "give aways" der Kampagne [vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)]

Als „Own Media“ verwendet die Kampagne Aufsteller und „give aways“ wie z. B. Zollstock, Hacky Sack (Ball), Schlüsselanhänger usw., damit auch nachhaltig auf die Präventionskampagne aufmerksam gemacht wird. Die Vergabe der „give aways“ wird genauestens protokolliert, um anschließend die Daten an die Evaluation weitergeben zu können.

6.3 Strategische Ausrichtung

Die Handlungsbereiche der Präventionskampagne sind für Präventionsmaßnahmen in Betrieben und Schulen ausgearbeitet, bereitgestellt und evaluiert worden. Dabei sind alle Bereiche der Prävention (Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention) zu berücksichtigen. Nur durch eine Beteiligung der Beschäftigten kann eine Umsetzung der Handlungsbereiche gewährleistet werden.

Die Kampagnenakteure schließen aber auch Bestandteile aus, welche nicht explizit Gegenstand der Kampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ sein sollen. Dies ist zum einen die Prävention von Belastungen und Beschwerden des Schulter-/Armsystems und der Hände. Zum anderen wird die Prävention von Schäden durch Belastung der unteren Extremitäten bei der Kampagne nicht berücksichtigt [Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) 2013].

6.3.1 Ziele

Das generelle Hauptziel der Kommunikationskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ ist die Reduktion arbeitsbezogener Rückenbelastungen, wobei aber auch die Unterforderung des Rückens nicht außer Acht gelassen werden darf. Dabei setzt die Kampagne im ergonomischen Bereich auf die Erhöhung der Anzahl von Betrieben mit ergonomisch optimierten Arbeitsplätzen, -stätten und -abläufen. Durch den demographischen Wandel müssen die Arbeitsplätze vor allem unter Berücksichtigung des Altersaspekts verändert werden. Dies hat langfristig den Vorteil, dass erfahrene Fachkräfte bei der Arbeit entlastet werden, was zu weniger Fehltagen für die Betriebe führt. Ein weiteres Präventionsziel der Kampagne ist es, die Anzahl und Qualität der Gefährdungsbeurteilungen zu physischen und psychischen Belastungen mit dem Schwerpunkt Rücken zu erhöhen. Grund dafür ist der immer häufigere Ausfall von Arbeitskräften durch psychische Belastungen im Arbeitsalltag.

Hinzu kommt das Ziel, die Anzahl der Betriebe zu erhöhen, die arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nach dem Grundsatz G46 durchführen [vgl. Bernd Hartmann 2006, 6].

Die Abbildung 28 beschreibt den Ablauf bei der klinischen Untersuchung des Betriebs- oder Werksarztes nach Grundsatz Nr. 46:

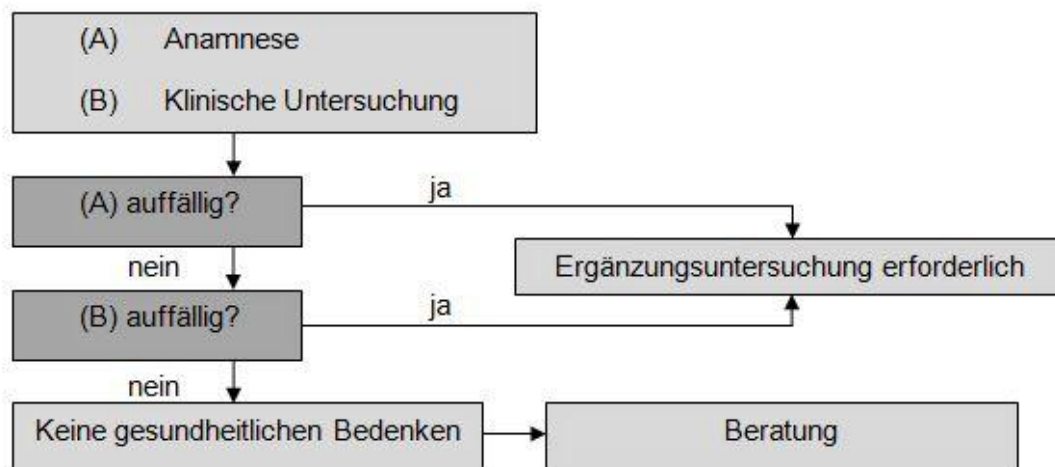


Abbildung 28: Ablauf der klinischen Untersuchung des Betriebsarztes bei der arbeitsmedizinischen Vorsorge G46 [Bernd Hartmann 2006, 8]

Wird bei der Anamnese (A) oder der klinischen Untersuchung (B) eine Auffälligkeit des Muskel-Skelett-Apparats festgestellt, muss es weitere Ergänzungsuntersuchungen geben, damit die Ursache dafür gefunden werden kann. Sollte sich bei der Untersuchung keine Auffälligkeit ergeben, so werden gesundheitliche Bedenken für den Arbeitnehmer ausgeschlossen. Er erhält dennoch eine Anschlussberatung.

Ein weiteres Präventionsziel der Kommunikationskampagne ist die Erhöhung der Präventionskultur in Betrieben und Schulen, z. B. durch die Verbesserung der Arbeitsorganisation, der Führungskompetenz und durch die Einführung von Elementen des Gesundheitsmanagements. Besonders die Führungsebene muss in den Umstrukturierungsprozess eingebunden werden, da dort die Arbeitszeiten festgelegt werden und das Führungspersonal eine Vorbildfunktion hat.

Außerdem soll laut der Kampagne die individuelle Gesundheitskompetenz der Versicherten erhöht werden. Dies kann nur dadurch gelingen, dass deren Einstellung, Verhalten, und subjektives Wohlbefinden „geschult“ wird. Ergänzend muss aber auch das Ziel genannt werden, dass die Nutzungshäufigkeit von Präventionsangeboten bei den Versicherten steigen muss, besonders in Bezug auf Rückenbeschwerden und Rückenbelastungen.

Als Ziel möchte die Präventionskampagne zudem die Anzahl der Schulen erhöhen, die nach dem Konzept „Gute Gesunde Schule“ arbeiten, da die Einübung von Fehlhaltungen bis ins Kindes- und Jugendalter zurückzuverfolgen ist.

6.3.2 Zielgruppen

Die Zielgruppen der Präventionskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ werden in drei Unterzielgruppen eingeteilt [vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) 2013] (siehe Tabelle 11):

ZIELGRUPPEN
Versicherte (Beschäftigte, Schüler, Studenten)
Arbeitgeber bzw. Arbeitsschutzverantwortliche
Mittler und Multiplikatoren

Tabelle 11: Zielgruppen der Kampagne (Eigene Darstellung)

Die Hauptzielgruppen sind Versicherte (Beschäftigte, Schüler, Studenten etc.), die ungünstigen physischen Rückenbelastungen allein oder in Kombination mit psychischen Belastungen ausgesetzt sind. Diese Zielgruppe sind Personen im Alter von 6 bis 67 Jahren, die während ihrer Arbeitszeit oft nur sitzend, stehend oder schwer tragend, ziehend und schiebend agieren müssen. Diese Zielgruppe muss für ihren Rücken aktiver werden, um Rückenproblem vorzubeugen.

Die Arbeitgeber und diejenigen Personen, die für den betrieblichen Arbeitsschutz Verantwortung tragen, wie z. B. Arbeitsschutzbeauftragte und Führungskräfte, müssen für die Rückengesundheit der Arbeitnehmer aktiv werden.

Die dritte Zielgruppe sind Mittler und Multiplikatoren wie z. B. Werks- und Betriebsärzte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Sicherheitsbeauftragte, betriebliche Interessenvertretungen. Diese Zielgruppe muss genauso wie die oben genannte für die Rückengesundheit anderer aktiv werden.

6.3.3 Ausrichtung der Werte und ethische Fragestellung

Bei der Ausrichtung der Werte und der ethischen Fragestellung der Präventionskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ wird zunächst auf das Vertrauen und die Vermittlung eingegangen.

Die Kampagne hat eine klare Message - „Denk an mich. Dein Rücken“-, welche die Zielgruppen auf das Verhalten der jeweiligen Person bezüglich ihres Rückens aufmerksam macht. Außerdem wirkt die Kampagne durch ihre Vorbildfunktion auf eine weitere spezielle Zielgruppe, nämlich die Personen der Führungsebenen in den Unternehmen, ein. Damit soll gewährleistet werden, dass den Betroffenen im Alltag die Werte auch vorgelebt werden.

Die Würde des Menschen wird in der Kampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ vorbildlich berücksichtigt. Die Kampagne vermeidet bei ihren Plakaten provokative Bilder und setzt dabei ausschließlich auf die unterschiedlichen Berufsfelder. Somit sind für den Betrachter auf den ersten Blick nur Berufsgruppen erkennbar. Auf den zweiten Blick fällt dann aber direkt das Rücken- „Post-it“ ins Auge, welches den Zusammenhang mit der Kampagne herstellt.

Bei der Kampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ wird besonders auf die Ehrlichkeit gegenüber der Zielgruppe Wert gelegt. Die Kampagne verwendet hierfür verschiedene Gesundheitsreporte der Krankenkassen der letzten Jahre sowie Zahlen und Fakten aus der DGUV, der SVLFG und der Knappschaft. Diese Zahlen ermöglichen der Kampagne eine hohe Transparenz, die den Betroffenen dabei hilft, die Hintergründe der Präventionskampagne zu verfolgen und zu verstehen.

Ein Empowerment, also eine Übertragung von Verantwortung bei der Gestaltung der Kampagne, findet bei der Präventionskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ offiziell nicht statt. Dennoch verwendet die Kampagne durch ihre „Acht Stufen“ der Evaluation ein Instrument, mit dem die Aktivität der Zielgruppen von Ebene 1) bis 3)

(vgl. Kapitel 6.2.1) überprüft werden kann. Das Empowerment findet bei der internen Evaluation statt, was die Mitarbeiter der Kampagne befähigt, Verbesserungsvorschläge abzugeben.

7 Schlussbetrachtung

Zum Schluss gälte es eigentlich noch, über eine Evaluation der Kampagne herauszufinden, ob diese erfolgreich war oder auch nicht. Da sich die Kampagne aber noch bis zum Jahr 2015 fortsetzt, muss zuerst abgewartet werden, wie sie sich weiterentwickelt. Es kann aber jetzt schon gesagt werden, dass die Präventionskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“, die bereits auf vergangenen Kampagnen der DGUV mit positiver Wirkung aufbaut, gute Aussichten auf Erfolg hat. Jedoch hat die Kampagne besonders im Bereich Viral Media Verbesserungspotenzial. Wie in dieser Thesis untersucht, wirbt die Präventionskampagne vor allem durch ihre „Viral-Media-Ader“. Leider schöpfen die Kampagnenakteure das Potential der sozialen Netzwerke nicht richtig aus. Die Kampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ sollte mehr auf ihre Kernbotschaft und den damit verbundenen Wiedererkennungswerten (USP) in den sozialen Netzwerken eingehen.

Ziel dieser Studie war es, die Kommunikationskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ nach den theoretischen Vorgaben einer Kommunikationskampagne zu prüfen. Zu diesem Zweck wurde auf die Präventionsformen, das Betriebs- und Arbeitsmanagement, das Kampagnenmanagement, den Bereich Anatomie des Rückens und die Anwendung der Präventionskampagne eingegangen. Beim Kapitelverlauf wurde darauf geachtet, dass die Reihenfolge vom Allgemeinen („Was ist Prävention?“) zum Speziellen („Warum muss ich den Rücken stärken?“) aufgebaut ist.

7.1 Erfolgsfaktoren

Die Kommunikations- oder auch Präventionskampagne der DGUV startete am 10. Januar 2013 und befindet sich derzeit noch im ersten Drittel der Kampagnenlaufzeit. Bis die Kampagne im Jahr 2015 endet, haben die Akteure noch viele Maßnahmen, wie z. B. weitere Pedalo Parcours und Vibrationstests in Planung. Bei der Analyse und Auswertung des Aufbaus der Kommunikationskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ ergab sich, dass die Präventionskampagne die wesentlichen Punkte einer Kommunikationskampagne detailliert verfolgt. Dabei geht sie vor allem auf die Kommunikation durch Viral Media und Social Media ein. Daher gelingt es der Kampagne die Aufmerksamkeit von jungen- Internet affinen Betroffenen auf das Konzept der Rückenprävention zu lenken.

Was die Umsetzung der Kampagne betrifft, so konnte auf den Erfahrungswerten von unterschiedlichen Präventionskampagnen der DGUV aufgebaut werden. Besonders durch ihre langjährige Erfahrung im Bereich Gesundheitsprävention ist die DGUV äußerst professionell auf die einzelnen Bereiche der Kampagne eingegan-

gen. Andererseits profitiert die DGUV durch vorherige Kampagnen und kann aus vergangenen Fehlern für zukünftige Kampagnen lernen.

Vergangene Kampagnen, bei denen die DGUV mitgewirkt hat, sind z. B. „Deine Haut. Die wichtigsten 2m² deines Lebens“ und „Runter vom Gas“. Die DGUV legt von Kampagne zu Kampagne neue Qualitätsstandards fest oder verändert „alte“ bei Bedarf. Zu den Qualitätsstandards gehören die systematische Analyse und Beschreibung des Themas, die Festlegung von Qualitätsmerkmalen, sowie die Dokumentation und Wirksamkeitskontrolle [vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. 65, 39]. Durch das gewisse „Know how“, das sich die Kampagnenakteure in den letzten Jahren angeeignet haben, hat die Kampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ sehr gute Voraussetzungen für ein positives Ergebnis.

7.2 Handlungsempfehlung und Zukunftsperspektiven

Durch die gründliche Vorarbeit und die strukturierte Arbeitsweise der Kampagnenakteure, liefert die Gesundheitskampagne der DGUV „Denk an mich. Dein Rücken“ einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit in den Betrieben. Langfristig gesehen werden die Betriebe und Unternehmen durch das Engagement der Kampagne einen großen Wertzuwachs erzielen. Die Beschäftigten dieser Unternehmen können auf lange Sicht durch das Verhaltenstraining ihren Gesundheitszustand beibehalten oder sogar verbessern. Dies führt für die Betriebe sowohl zu weniger Fehltagen von Mitarbeitern mit Rückenproblemen als auch gleichzeitig zu Kosteneinsparungen.

Somit kann abschließend gesagt werden, dass die Unternehmen mitverantwortlich für die Gesundheit der eigenen Mitarbeiter sind. Die Kampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ bietet den Anlass dafür, dass ein permanentes Umdenken bei den Unternehmerinnen und Unternehmern in der Unternehmenskultur verankert wird. Um dem Nachhaltigkeit zu verleihen, müssen Folgeaktionen ähnlicher Art in gewissen Abständen immer wieder stattfinden, damit die Ziele der hier dargestellten Kampagne nicht in Vergessenheit geraten.

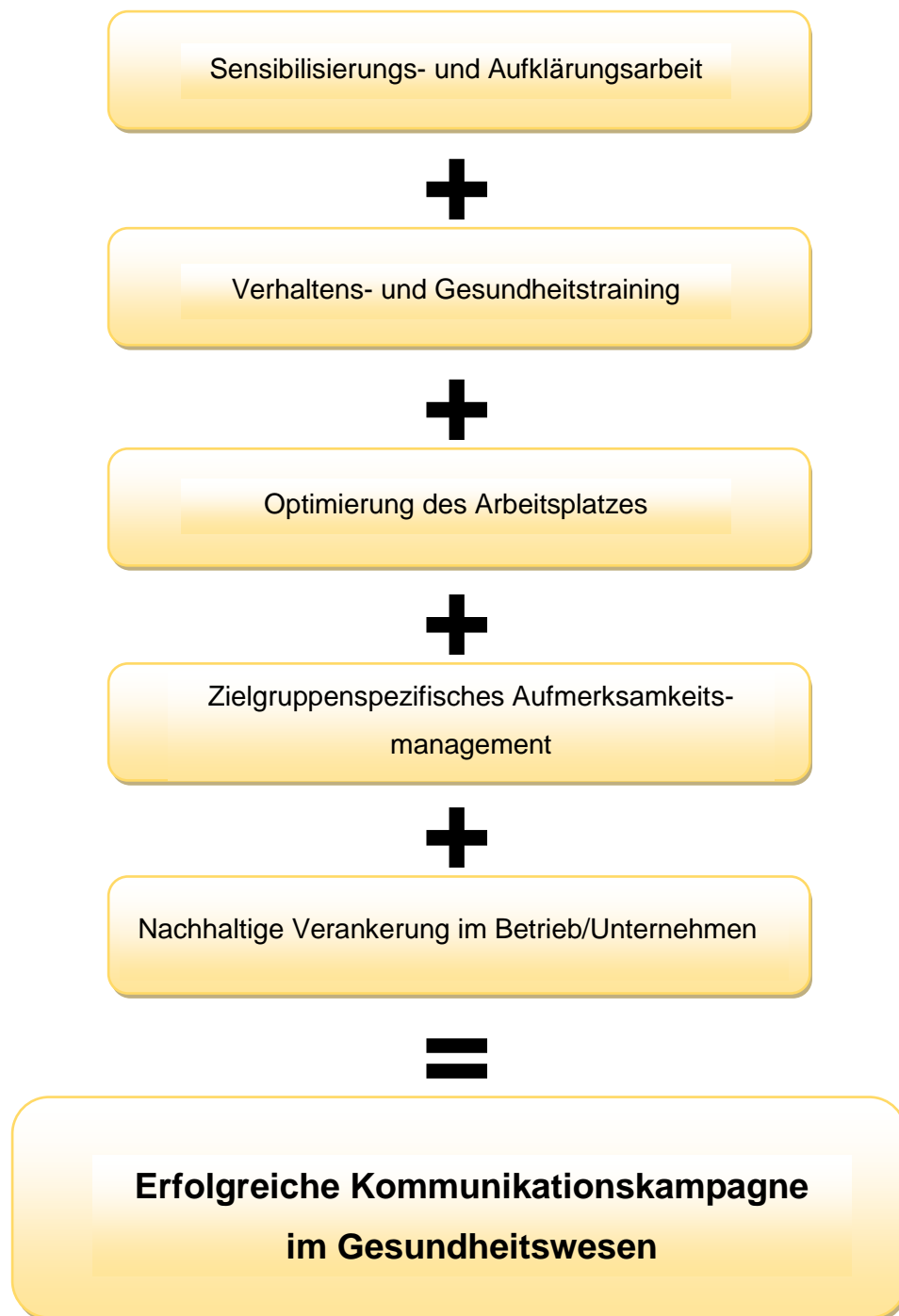


Abbildung 29: Erfolgsfaktoren zu erfolgreichen Kommunikationskampagnen im Gesundheitswesen (Quelle: Eigene Darstellung)

Literatur- und Quellenverzeichnis

Buch (Monographie):

- Aumüller, Gerhard (2010), *Anatomie. 208 Tabellen; [mit DVD zum Präp.-Kurs]*, Thieme. Stuttgart.
- Benninghoff, Alfred/Drenckhahn, Detlev (2008), *Taschenbuch Anatomie*, Elsevier Urban & Fischer. München, Jena.
- Bonfadelli, Heinz/Friemel, Thomas N. (2010), *Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich. Grundlagen und Anwendungen*, UVK-Verl.-Ges. Konstanz
- Bruhn, Manfred (2003), *Kommunikationspolitik. Systematischer Einsatz der Kommunikation für Unternehmen*, Vahlen. München.
- Faller, Adolf (2008), *Der Körper des Menschen. Einführung in Bau und Funktion; [mit 4 Tafeln zum Herausnehmen]*, Thieme. Stuttgart.
- Ficklscherer, Andreas (2008), *BASICS Orthopädie und Traumatologie*, Elsevier Urban & Fischer. München, Jena.
- Götte, Sascha (2007), *Marketing. Einführung mit Fallbeispielen und Übungsaufgaben*, Vahlen. München.
- Hungenberg, Harald (2011), *Grundlagen der Unternehmensführung. Einführung für Bachelorstudierende*, Springer Berlin Heidelberg. Berlin, Heidelberg.
- Kotler, P. (ed.), *Grundlagen des Marketing*, Pearson Studium 2011.
- Kreutzer, Ralf (2010), *Praxisorientiertes Marketing. Grundlagen – Instrumente – Fallbeispiele*, Gabler. Wiesbaden.
- Netz, Marco (2006), *Crossmedia-Kampagnen. Gestaltungsvarianten und Wirkungsmechanismen*, Diplomica Verl. Hamburg.
- Schünke, Michael/Schulte, Erik/Schumacher, Udo/Voll, Markus/Wesker, Karl (2007), *Prometheus. 182 Tabellen*, Thieme. Stuttgart, New York.
- Spicker, Ingrid/Schopf, Anna (2007), *Betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich umsetzen. Praxishandbuch für Pflege- und Sozialdienste*, Springer Vienna. Vienna.

Buch (Sammelwerk):

- Mahrtdt, N. (ed.), *Crossmedia. Werbekampagnen erfolgreich planen und umsetzen*, Gabler 2009.
- Schulin, B. (ed.), *Sozialgesetzbuch. Textausgabe mit ausführlichem Sachverzeichnis*, Dt. Taschenbuch-Verl; Beck 2012.

Zeitschrift:

- Amtliche Mitteilungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2/2012', 2012.
- BAuA Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2002): 'Mitarbeiterorientiertes Führen und soziale Unterstützung am Arbeitsplatz'
- Bernd Hartmann (2006): 'Arbeitsmedizinische Vorsorge bei erhöhten Belastungen des Muskel-Skelett-Systems - der BG-Grundsatz Nr.46'
- Blättner, B. (2007): 'Das Modell der Salutogenese', *Prävention und Gesundheitsförderung*, Vol. 2, No. 2.
- Hartmann, Bernd/Dirk, Seidel : 'Schriftreihe Arbeitssicherheit und Arbeitsmedizin in der Bauwirtschaft. Muskel-Skelett-Erkrankungen im Baugewerbe' Risikocharakteristik und Präventionsempfehlungen.
- Hildebrandt/Kickbusch (2006): 'Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986. WHO-autorisierte Übersetzung'

- Loss, J./Nagel, E. (2009): 'Probleme und ethische Herausforderungen bei der bevölkerungsbezogenen Gesundheitskommunikation', *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, Vol. 52, No. 5.
- Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (2008): 'Leitfaden_2008_FussnotenSeiten_end2.qxd'
- Ströhle, A. (2003): 'Die Neuroendokrinologie von Stress und die Pathophysiologie und Therapie von Depression und Angst', *Der Nervenarzt*, Vol. 74, No. 3.

Internetquelle:

10. Januar 2013: "Denk an mich. Dein Rücken" (2013). URL: http://www.deinruecken.de/dein_ruecken_kampagne/sondernavigation/presse__pressemittelungen/pressemittelungen/10__januar_2013/10012013_auftakt_1.jsp (25.10.13).
- Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE), *Osteoporose, idiopathische juvenile* URL: http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=DE&Expert=85193 (04.01.14).
- Apotheken Umschau, *Bandscheibenvorfall - Therapie* | Apotheken Umschau (2012). URL: http://www.apotheken-umschau.de/Bandscheiben/Bandscheibenvorfall-Therapie-134933_5.html (21.11.13).
- Arbeit & Gesundheit und Beruf. Rücken und Beruf', 2013
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), *Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) im Vergleich: Risiko von Komplikationen im oberen Gastrointestinaltrakt, Herzinfarkt und Schlaganfall (UAW-News International)* (2013). URL: <http://www.akdae.de/Arzneimittelsicherheit/Bekanntgaben/20130722.html> (22.11.13).
- Bundesministerium für Gesundheit, *BMG: BMG - Prävention* (2013). URL: http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Gesundheit_und_Gesundheit_sfoerderung (03.10.13).
- Denk an mich. Dein Rücken - *Belastende Tätigkeiten* (2013). URL: http://www.deinruecken.de/unternehmerportal/gefaehrungsbeurteilung/physische_belastungen/belastende_taehtigkeiten/belastende_taehtigkeiten_1.jsp (07.10.13).
- Denk an mich. Dein Rücken - *Startseite* (2013). URL: http://www.deinruecken.de/dein_ruecken_kampagne/index.jsp (25.10.13).
- Denk an mich. Dein Rücken - *Startseite* (2013). URL: http://www.deinruecken.de/dein_ruecken_kampagne/index.jsp (26.10.13).
- Denk an mich. Dein Rücken - *Startseite* (2013). URL: http://www.deinruecken.de/dein_ruecken_kampagne/index.jsp (01.12.13).
- Denk an mich. Dein Rücken - *Warum Prävention?* (2013). URL: http://www.deinruecken.de/unternehmerportal/warum_praevention/warum_praevention_1.jsp (03.10.13).
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) : 'Die Präventionskampagne 2013/2014'
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV), *deinruecken YouTube Channel* . URL: <http://www.youtube.com/user/deinruecken?feature=watch> (01.12.13).
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV), *Smartphone App* (2013). URL: <http://www.bauz.net/img/e/pics/zeitung/BAUZ22/s9/handy.jpg> (15.11.13).
- DGUV_AuG (*DGUV Arbeit und Gesundheit*) auf Twitter (2013). URL: https://twitter.com/DGUV_AuG (02.12.13).
- DocCheck Medical Services GmbH, *Musculus erector spinae - DocCheck Flexikon* (2013). URL: http://flexikon.doccheck.com/de/Musculus_erector_spinae (02.12.13).

- DocCheck Medical Services GmbH, *Primärprävention - DocCheck Flexikon* (2013). URL: <http://flexikon.doccheck.com/de/Prim%C3%A4rpr%C3%A4vention> (03.10.13).
- Gesamtwirtschaft & Umwelt - *Erwerbslose ILO-Konzept - Was beschreibt die ILO-Arbeitsmarktstatistik? - Statistisches Bundesamt (Destatis)* (2013). URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/Arbeitsmarkt/Erwerbslosigkeit/ErwerbsloseILOKonzept/ILOArbeitsmarktInfo.html> (11.10.13).
- Gesundheit in Ausbildung und Beruf | XING (2013). URL: <https://www.xing.com/net/pri72d2b0x/gesundausbildungberuf/> (02.12.13). identity.htm (04.11.13).
- gofeminin.de GmbH, Koeln, 5., Germany, *Osteoporose (Knochenschwund) Ursachen, Postmenopausale Osteoporose, Altersosteoporose - Onmeda.de* (2014). URL: <http://www.onmeda.de/krankheiten/osteoporose-ursachen-postmenopausale-osteoporose-1490-4.html> (04.01.14).
- Hesse Gero, *Google-Ergebnis für* <http://www.saatkorn.com/wp-content/uploads/2012/04/sinus-milieus-2012.jpg> (2013). URL: <http://www.google.de/imgres?sa=X&biw=1680&bih=921&tbm=isch&tbnid=117dHwL0GE4SKM:&imgrefurl=http://www.saatkorn.com/2012/04/26/sinus-milieus-und-ihr-nutzen-fur-das-thema-mitarbeitergewinnung/&docid=bNB85CmF4nnayM&imgurl=http://www.saatkorn.com/wp-content/uploads/2012/04/sinus-milieus-2012.jpg&w=1340&h=941&ei=MLqMUtHPM-SB4ASaoYG4Dw&zoom=1&iact=hc&vpx=4&vpy=200&dur=1748&hovh=188&hovw=268&tx=152&ty=91&page=1&tbnh=144&tbnw=205&start=0&ndsp=40&ved=1t:429,r:0,s:0,i:83> (20.11.13).
- Jugend will sich erleben (2013). URL: <https://www.facebook.com/pages/Jugend-will-sich-er-leben/335437363160759> (01.12.13).
- Klinik Sanssouci Potsdam GmbH & Co. KG, *diagramm-bandscheibe-wirbelkoerper.jpg (400x272)* (2011). URL: http://www.kliniksanssouci.de/global_images/neurosurgery/diagramm-bandscheibe-wirbelkoerper.jpg (07.10.13).
- Musculus latissimus dorsi - *DocCheck Flexikon* (2013). URL: <http://flexikon.doccheck.com/de/Musculus%20latissimus%20dorsi> (02.12.13).
- Napo in "Denk an mich. Dein Rücken" *Mediathek VIDEO DGUV* (2013). URL: http://www.arbeitsschutzfilm.de/mediathek/dguv/napo-in-denk-an-mich-dein-ruecken-video_7f7c4ece4.html (05.11.13).
- Niedhart C., Maus U., *Sekundäre juvenile Osteoporose - Springer* (2014). URL: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-05385-6_4#page-1 (04.01.14).
- Online, F., *Bandscheibenvorfall: Schmerzen durch Entzündung - News* (2010). URL: http://www.focus.de/gesundheit/ratgeber/ruecken/news/bandscheibenvorfall-schmerzen-durch-entzuendung_aid_524886.html (22.11.13).
- Prävention - DocCheck Flexikon* (2013). URL: <http://flexikon.doccheck.com/de/Pr%C3%A4vention> (03.10.13).
- Psychische Belastungen* (2013). URL: http://www.deinruecken.de/unternehmerportal/gefaehrungsbeurteilung/psychische_belastungen/psychische_belastungen.jsp (07.10.13).
- Robert Dürhager, *Ethik in der Kampagnenarbeit: Eine Sammlung von Fragen | Oxfam Deutschland* (2013). URL: <http://blog.oxfam.de/blog/robert-duerhager/ethik-kampagnenarbeit-sammlung-fragen> (31.10.13).
- Sekundärprävention - *DocCheck Flexikon* (2013). URL: <http://flexikon.doccheck.com/de/Sekund%C3%A4rpr%C3%A4vention> (03.10.13).

- Standardvortrag und Zahlen, Daten, Fakten (2013). URL:
http://www.deinruecken.de/dein_ruecken_kampagne/sondernavigation/mediathek_bilder/standardvortrag/standardvortrag_1.jsp (25.10.13).
- Statistisches Bundesamt, *Gesamtwirtschaft & Umwelt - Erwerbslose ILO-Konzept - Was beschreibt die ILO-Arbeitsmarktstatistik?* - Statistisches Bundesamt (Destatis) (2013).
URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/Arbeitsmarkt/Erwerbslosigkeit/ErwerbsloseILOKonzept/ILOArbeitsmarktInfo.html> (11.10.13).
- Techniker Krankenkasse, *TK-Infografik-Fehltage-aufgrund-von-Rueckenbeschwerden.jpg(1749x2481)* (2013).
URL: <http://m.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/218664/Datei/83367/TK-infografik-Fehltage-aufgrund-von-Rueckenbeschwerden.jpg> (14.11.13).
- Tertiärprävention - DocCheck Flexikon* (2013).
URL: <http://flexikon.doccheck.com/de/Terti%C3%A4rpr%C3%A4vention> (03.10.13).
- Univ. Prof. Dr. Heinrich Resch, *Osteoporose - Formen* (2004).
URL: <http://www.osteoporose.co.at/osteiformen.html> (27.11.13).
- www.daswirtschaftslexikon.com, *Corporate Identity - das Wirtschaftslexikon.com*
URL: http://www.daswirtschaftslexikon.com/d/corporate_identity/corporate_ (2013).

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ort, Datum

Vorname, Nachname